Die besonderen Sozialisationsbedingungen körperbehinderter Kinder und die Möglichkeiten der Verhaltensbeeinflussung durch Sport in ihrer Bedeutung für Therapie und Rehabilitation

Dissertation

der Fakultät für Pädagogik, Philosophie und Psychologie
der Universität Bamberg

vorgelegt von

Klaus Watzinger

aus Erlangen

1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545822_0006

Die besonderen Sozialisationsbedingungen körperbehinderter Kinder und die Möglichkeiten der Verhaltensbeeinflussung durch Sport in ihrer Bedeutung für Therapie und Rehabilitation

Dissertation

der Fakultät für Pädagogik, Philosophie und Psychologie
der Universität Bamberg

vorgelegt von
Klaus Watzinger
aus Erlangen

1981

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Claus Mühlfeld

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Luis Erler

Tag der mündlichen Prüfung: 26. Juni 1981

Inhaltsverzeichnis

		Seite
Einführung		1
1.	Sport mit Körperbehinderten	1
1.1.	Motive und Interessen	1
1.2.	Sport und medizinische Therapie	3
1.3.	Sport und Sonderpädagogik	5
1.4.	Verhalten als besonderes Problem im Sport mit körperbehinderten Kindern	8
A) Theoretischer Teil		12
I. Kapitel: Entwicklungs- und Lebensbedingungen körperbehinderter Kinder		12
1.	Definitionsprobleme, Erscheinungsbilder und Probleme zusätzlicher Schäden und Behinderungen	12
1.1.	Probleme einer Definition des Begriffes "Körperbehinderung"	12
1.2.	Die verschiedenen Erscheinungsformen der Körperbehinderung	15
1.3.	Mehrfachschädigungen und Mehrfachbehinderungen	17
2.	Körperbehinderte in der Gesellschaft als soziologisches Problem	22
2.1.	Der Stigmatisierungsprozeß bei Körperbehinderten	23
2.2.	Die Folgen der Stigmatisierung	25
2.2.1.	Stigmatisierung und Teilhabe an der Gesellschaft	25
2.2.2.	Stigmatisierung und Interaktionen mit Nichtbehinderten	25
2.2.3.	Körperbehinderung und Identität	27
2.3	Stigmatisierung und Verhalten	29

Seite

3.	Besondere Bedingungen primärer Sozialisation bei körperbehinderten Kindern	31
3.1.	Körperlicher Schaden und der Einfluß auf den Ebenen der Entwicklung	31
3.2.	Motorischer Schaden und Bewegungsentwicklung	33
3.3.	Motorischer Schaden und kognitive Entwicklung	36
3.4.	Motorischer Schaden und sein Einfluß auf das Sozialsystem Familie	38
3.5	Zusammenfassung	46
4.	Besondere Bedingungen sekundärer Sozialisation bei körperbehinderten Kindern	50
4.1.	Gesellschaftliche Einstellungen gegenüber Körperbehinderten und mögliche Interaktionsformen	51
4.2.	Die Beziehungen zwischen körperbehinderten und nichtbehinderten Kindern	57
4.3.	Fakten sozialer Stigmatisierung von Körperbehinderten	64
4.3.1.	Lebensbereich außerhalb von Institutionen	65
4.3.2.	Institutionell gebundene Lebensbereiche	68
4.4.	Probleme der funktionalen Eingliederung Körperbehinderter	77
4.4.1.	Berufliche Eingliederung	79
4.4.2.	Politische Eingliederung	85
4.4.3.	Soziale Eingliederung	93
4.5.	Zusammenfassung	94
5.	Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation Körperbehinderter (Rehabilitation)	96
5.1.	Rehabilitationsmodelle	97
5.2.	Maßnahmen der Rehabilitation	100
5.2.1.	Medizinische Rehabilitation	100
5.2.2.	Maßnahmen im pädagogisch/psychologisch/sozialen Bereich	103
5.2.3.	Berufsvorbereitende Maßnahmen	111

Seite

II. Kapitel:
Sport und seine Bedeutung für die Rehabilitation körperbehinderter Kinder 113

1.1. Zur Bestimmung des Begriffes "Sport" 113
1.2. Das Leistungsprinzip im Sport als Ideologie 115
1.3. Differenzierung des Sports 117
1.3.1. Sportarten 117
1.3.2. Zweck und Ziele der Sportausübung 118
1.3.3. Organisationsformen 121
2. Sport und Sozialisation 123
2.1. Das Bedürfnis nach körperlicher Betätigung 125
2.2. Das Bedürfnis nach Leistung 127
2.3. Sport und abweichende Sozialisation (insbesondere bei körperbehinderten und verhaltensgestörten Kindern) 129
3. Zusammenfassung 138

B) Empirischer Teil

Einführung 140
1.1. -Interesse und Ansatz 140
-Aufbau und Durchführung des Versuchs 141
1.2. Therapie, Rehabilitation und Sport mit körperbehinderten Kindern 143
1.2.1. Gruppenauswahl und Zeitraum der Untersuchung 146
1.2.2. Übungsprogramm 149
1.3. Hypothesen 150
1.4. Die Methode und ihre Probleme 154
1.4.1. Wahl der Methode, Konstruktion und Darstellung des Instruments 154
1.5. Methodenprobleme bei der Untersuchung 159
1.5.1. Probleme der Forschungsanordnung 159
1.5.2. Kriterien der Probandenauswahl 162
1.5.3. Fehlerquellen 163
1.5.4. "Systematische" und "kreative" Beobachtung 168

2.	Ergebnisse der empirischen Untersuchung	170
2.1.	Lehrerverhalten und Verhalten der körperbehinderten Kinder	170
2.2.	Die Auswirkungen unterschiedlichen Leistungsanspruchs auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder	173
2.2.1.	Probleme	175
2.2.2.	Ergebnisse	175
2.3.	Versuche eines Sports/Sportunterrichts mit gemischten Gruppen körperbehinderter und nichtbehinderter Kinder	198
2.3.1.	Probleme	199
2.3.2.	Ergebnisse	201
2.4.	Anpassungsreaktionen	214
2.4.1.	Jüngere Kinder	214
2.4.1.1.	Homogene Gruppe	215
2.4.1.2.	Heterogene Gruppe	222
2.4.1.3.	Zusammenfassung: Anpassungsreaktionen bei den jüngeren Kindern	228
2.4.2.	Ältere Kinder	229
2.4.2.1.	Homogene Gruppe	230
2.4.2.2.	Heterogene Gruppe	240
2.4.2.3.	Zusammenfassung: Anpassungsreaktionen bei den älteren Kindern	250
3.	Zusammenfassung der Ergebnisse des Versuchs	254
Schlußdiskussion		256
1.	Der körperliche Schaden in seiner Relevanz für Lebensbedingungen und Verhalten von Körperbehinderten	256
2.	Theoretische Probleme in der Rehabilitationsarbeit mit Körperbehinderten	259
3.	Sport als Rehabilitationsmaßnahme	260

Seite

4.	Ergebnisse der empirischen Untersuchung und ihre mögliche Bedeutung für Therapie und Rehabilitation	262
4.1.	Leistungsforderung und Probleme des Verhaltens	262
4.2.	Verhalten und Möglichkeiten zu sozialer Kontaktaufnahme zwischen nichtbehinderten und körperbehinderten Kindern im Sport/ Sportunterricht unter dem Gesichtspunkt ihrer sozialen Integration	265

Anhang

I	Aufstellung der an den Stunden beteiligten Kinder und ihre Behinderungen	269
II	Allgemeiner Stundenablauf	289
III	Sportliche Inhalte	290
IV	Das Beobachtungsinstrument	291

Literatur 297

Einführung

1. Sport mit Körperbehinderten

1.1. Motive und Interessen

Die Möglichkeiten sportlicher Betätigung für Körperbehinderte, vor allem auch für körperbehinderte Kinder, finden in letzter Zeit zunehmendes Interesse sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei Fachleuten, die in der Rehabilitationsarbeit, etwa in der Therapie oder in der Sonderpädagogik, tätig sind. Indizien für solch verstärktes Interesse sind sowohl die vermehrte Berichterstattung in den öffentlichen Medien (Zeitung, Fernsehen) über Sport oder Sportwettkämpfe von Körperbehinderten, Sportversuche, die in verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden, als auch durch öffentliche Mittel geförderte Forschungsprojekte, die die mögliche therapeutische bzw. rehabilitative Wirksamkeit eines Sports mit Körperbehinderten zum Thema haben.
Die Motive, Sport für Körperbehinderte durchführbar zu machen, entstehen hierbei in sehr verschiedenen Bereichen und sind mit sehr unterschiedlichen Interessen verbunden, wodurch sowohl in der praktischen Arbeit als auch in der theoretischen Diskussion um einen Sport mit Körperbehinderten oft sehr gegensätzliche Ansichten anzutreffen sind. Ein gemeinsames Motiv scheint aber bei allen, die sich für den Sport mit Körperbehinderten interessieren, vorzuherrschen. Es könnte generell etwa folgendermaßen formuliert werden:
Sport könnte dem gerade in seiner Bewegungsfähigkeit und in seinen Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkten Körperbehinderten Chancen eröffnen, im institutionellen Rahmen (Rehabilitationseinrichtungen, Schulen, Heime) als auch in der Freizeit (z.B. im Sportverein, bei Wettkämpfen) vermehrt motorische Aktivitäten zu entwickeln, körperliche Erfahrungen zu erwerben, eingeschränkte Umwelt- und soziale Beziehungen auszubauen. Die sportliche Betätigung könnte so gesehen dazu beitragen, schwierige

Lebensbedingungen und -situationen, denen Körperbehinderte häufig ausgesetzt sind, zu verbessern.
Sport mit Körperbehinderten, v.a. in seiner wichtigen Funktion des Ausgleichs von Bewegungsmangel, fand bisher vorzugsweise in Form des "Versehrtensports" statt; die sportliche Betätigung wurde hierbei von Personen gesucht, die einen körperlichen, bleibenden Schaden infolge einer Kriegsverletzung oder eines anderen Unfalls erlitten. Den besonderen Charakter des Versehrtensports, der in einem eigenen Verband innerhalb des DSB organisiert ist, bestimmen dabei Überlegungen über die Zusammensetzung einer Übungsgruppe, Auswahl geeigneter Übungen und Spiele, Spiel- und Wettkampfregeln, Größe eines Spielfeldes, Belastbarkeit der Teilnehmer, Ausbildung von Übungsleitern, Hilfskräfte, besondere Übungsgeräte etc. (vgl. Gill, 1975, Lorenzen, 1961). Über den Versehrtensport wurde die sportliche Betätigung in zunehmender Form auch im Sinne einer Therapie in die Rehabilitation von körperbehinderten Erwachsenen integriert.
Dagegen ist der Sport mit körperbehinderten Kindern, deren körperlicher Schaden i.a. angeboren ist, weder innerhalb des Versehrtensports noch in der Rehabilitationsarbeit mit körperbehinderten Kindern institutionalisiert. Trotz gelegentlich stattfindender Wettkämpfe mit körperbehinderten Kindern auf nationaler und internationaler Ebene befindet sich Sport als Teilgebiet der Rehabilitationsarbeit noch weitgehend im Stadium der Erprobung.
Daß Aussagen über positive Wirkungen des Sports bei körperbehinderten Kindern häufig vorschnell getroffen werden, bzw. derzeit noch nicht verifizierbar sind, läßt sich v.a. daran zeigen, daß gegenwärtig nur drei Arbeiten existieren, in denen - mehr oder weniger systematisch - versucht wurde, die Möglichkeiten und die Wirksamkeit eines Sports bei körperbehinderten Kindern zu überprüfen (Gill 1975, Bausenwein u.a., 1977, Bloss u.a. 1978). Andere Arbeiten, i.a. Beiträge in Zeitschriften oder auf Fachtagungen gehaltene Referate (vgl. Gabler, 1977, Kosel, 1976, Day/Volck 1976, Innenmoser, 1975a u.a.)

beschränken sich dagegen auf theoretische Überlegungen über Ansatz und Zielvorstellungen eines Sports mit körperbehinderten Kindern, wobei darin enthaltene Aussagen zunächst empirisch überprüft werden müßten, damit sie, etwa in einer Didaktik und Methodik des Sports für körperbehinderte Kinder, praxisrelevant werden könnten.
Kritische Einwände zum Sport mit körperbehinderten Kindern werden vor allem dann vorgebracht, wenn die für die sportliche Praxis charakteristischen Merkmale, das Streben nach technischem Können und nach Leistung oder Leistungsvergleich im geregelten Wettkampf (vgl. Bernett, 1976, S. 279) auch die Praxis eines Sports mit körperbehinderten Kindern bestimmen sollen. (1)
Bezieht man den Sport in die Rehabilitationsarbeit mit körperbehinderten Kindern mit ein, so werden dadurch zwei etablierte Zentralbereiche tangiert, in deren Zusammenhang die sportliche Betätigung von körperbehinderten Kindern wirksam werden könnte.
Für beide Bereiche - medizinische Therapie und Sonderpädagogik - sollen an dieser Stelle exemplarisch mögliche Konfliktfelder benannt werden, wodurch die Vereinbarkeit von Sport und Rehabilitation von körperbehinderten Kindern erheblich problematisiert wird:

1.2. Sport und medizinische Therapie

Der Ansatzpunkt krankengymnastischer Behandlung bei Körperbehinderten ist der medizinisch festgestellte Schaden. Eine Therapie zielt entsprechend auf die Wiederherstellung oder Verbesserung motorischer Funktionen oder Fertigkeiten, die durch den Schaden eingeschränkt sind. (vgl. Lindemann/Teirich-Leube/Heipertz 1968).

---

1) Eine fundierte Kritik ist allerdings in der Literatur bisher nicht vorzufinden; zitierte Einwände, v.a. von seiten der medizinischen Therapie (Krankengymnastik) wurden häufig in den Diskussionen, die der Verfasser mit Fachkräften führte, vorgebracht.

Ein Beispiel:

> Für ein halbseitig gelähmtes körperbehindertes Kind (Hemiplegiker) soll durch gezielte Bewegungsübungen erreicht werden, daß die Körperteile (Extremitäten) der kranken Seite in ihrer Funktionstüchtigkeit verbessert werden. Dazu ist eine genaue Kenntnis der Ursachen des Krankheitsbildes vonnöten; in diesem Fall ist die Einschränkung der Bewegungsmöglichkeiten durch einen cerebralen Schaden hervorgerufen, wodurch die nervöse Steuerung von Beuge- und Streckmuskulatur beeinflußt wird, was sich beispielsweise in einer gleichzeitigen Anspannung von Agonist und Antagonist äußert. (Spastische Kokantraktion) Die dauernde therapeutische Behandlung ist v.a. auch deswegen indiziert, da man weiß, daß das pathologische Bewegungsmuster nicht nur ein fortschreitender Lernprozeß ist, der die Bewegungsmöglichkeiten der kranken Seite immer mehr beeinflußt, sondern daß dadurch auch tendentiell die nichtbetroffene Körperseite einen motorischen Entwicklungsrückstand erfährt. (1)

Im Sport dagegen ist der Ansatzpunkt der Mensch, der nach Anleitung und selbständig sowohl allein als auch in der Gruppe aktiv werden soll. Sport mit Körperbehinderten hat das Ziel, Körper und Persönlichkeit zu bilden, fortgesetztes motorisches Handeln soll der Erhaltung und Verbesserung der Lebensbedingungen behinderter "Gesunder" dienen. (vgl. Lorenzen, 1961)
Der Sport mit Körperbehinderten hat somit ein im Vergleich zu Krankengymnastik relativ allgemeines Ziel, zentrales Anliegen ist die überdauernde motorische Aktivität, wobei der spezifische Schaden mehr oder weniger in zweiter Linie Beachtung findet (etwa bei der Einteilung in Schadensklassen bei Wettkämpfen).
Hier setzt die Kritik der Vertreter der medizinischen Therapie an:

> Beziehen wir uns wiederum auf das hemiplegische Kind, so ist anzunehmen, daß von diesem im sportlichen Wettkampf, d.h. beim Leistungsvergleich naturgemäß die leistungsfähigere "gesunde" Seite eingesetzt wird (z.B. der gesunde Arm beim Weitwerfen).

---

1) Die verschiedenen Therapiemethoden, die auf neuro- bzw. pathophysiologischen Erkenntnissen aufgebaut sind, können hier nur am Rande erwähnt werden. Auf entsprechende Literatur sei verwiesen. (Bobath, 1962, Kabat/Ayres 1959, Vojta, 1971, u.a.)

> Durch sportliche Betätigung könnte damit auch kein therapeutischer Effekt erzielt werden. Zudem, so zeigte sich, kann sich durch die erhöhte körperliche Anspannung im Wettkampf die durch therapeutische Behandlung wesentlich abgebaute und im Alltagsbewegungen nur noch in geringem Maße zu beobachtende Spastizität wieder wesentlich verstärken. (1)

Aus der Sicht der medizinischen Therapie wären also nur solche Formen der Sportausübung und Bewegungsformen akzeptierbar, welche, wenn möglich, im gleichen Sinne therapeutisch wirksam werden können, zumindest aber keinen entgegengesetzten Effekt erzielen. (2)

1.3. Sport und Sonderpädagogik

Gabler (1977) sieht in der Frage um Berechtigung und Ziele eines Sports mit körperbehinderten Kindern ähnliche Problembereiche angesprochen, wie in der Körperbehindertenpädagogik. In bezug auf die von Schönberger (1974) verarbeiteten theoretischen Überlegungen Goffmanns (1970), nach denen das grundsätzliche Problem der Identitätsfindung bzw. der gesellschaftlichen Orientierung von Körperbehinderten darin besteht, ob er sich der Gruppe seiner Leidensgenossen (In - Group - Ausrichtung) oder der Gruppe der Normalen (Out-group-Ausrichtung) zuzählen soll, sind nach Meinung des Autors für den Sportunterricht mit körperbehinderten Kindern als Teil der Körperbehindertenpädagogik folgende Zielvorstellungen denkbar:

> "Soll den behinderten Kindern in Anlehnung an die Normen der Nichtbehinderten vor allem ein Fähigkeits- und Fertigkeitsrepertoire vermittelt werden, daß es ihnen ermöglicht, an sportlichen Aktivitäten außerhalb der Schule in Bezugsgruppen gleichaltriger

---

1) Diese Erkenntnis stammt von Beobachtungen während der internationalen Spastikerspiele in Montradat 1976. (vgl. dazu den Bericht in: Bundesverband für spastisch Gelähmte (Hg.), 1977)

2) In diesem Zusammenhang muß allerdings auf den Tatbestand hingewiesen werden, daß die Methoden der krankengymnastischen Behandlung, v.a. bei Cerebralparesen, in ihrer Wirksamkeit noch nicht ausreichend empirisch abgesichert sind. Dies betrifft insbesondere den überdauernden Effekt.

> Kinder, in Vereinen oder Jugendgruppen teilnehmen zu können, integriert zu werden oder sich selbst zu integrieren? Oder sollen die behinderten Kinder lernen, sich vorwiegend an behindertenspezifischen Normen auszurichten, um nicht überfordert zu werden?" (S. 40)

Der Autor stellt diese, innerhalb einer Sonderpädagogik möglichen Zielvorstellungen eines Sports (Sportunterrichts) mit körperbehinderten Kindern nebeneinander; dabei hält er es für notwendig, eine schadensgemäße Abwägung beider - kurzfristiger, d.h. "Spiel und Sport im Sinne unmittelbar erlebter Freude und Befriedigung" und langfristiger, d.h. Spiel und Sport in seiner Funktion als Vorbereitung auf die Lebensbedingungen nach und außerhalb des Schulbereichs - Zielvorstellungen zu finden.

Gablers Ansatz eines Sports oder Sportunterrichts mit körperbehinderten Kindern scheint mir aber in seiner Aussagefähigkeit und damit Praxisrelevanz eine wesentliche Begrenzung zu beinhalten:
Der Autor beschränkt sich nämlich auf den Aspekt, welches sportliche Fähigkeits- und Fertigkeitsrepertoire körperbehinderten Kindern vermittelt werden kann und soll, berücksichtigt dabei aber nicht, daß neben körperlicher Aktivität und der damit verbundenen speziellen motorischen Fertigkeiten und Fähigkeiten der Leistungsaspekt als immanenter und konstitutiver Bestandteil des Sports in die Diskussion miteingeschlossen werden muß. (1)

Die Leistungskomponente im Sport, bewertet beispielsweise durch das cgs-System oder durch den Vergleich im Wettkampf, kann als Erreichbarkeitsnorm durchaus unterschiedlich gesetzt sein - etwa als individueller Anspruch, gemessen

---

1) "Sport" als eine besondere Art körperlicher Betätigung findet durch die Leistungskomponente seine Abgrenzung zu Begriffen wie "Leibesübungen", "Bewegungsübungen", "Spiel" etc.
Vgl. etwa hierzu Bernett (1968): "Im engeren Bereich der Leibesübungen kennzeichnet das Wort Sport eine der modernen Zeit angepaßte spezifische Einstellung zu Leibesübungen, das den Leistungswillen und den Leistungsvergleich über Ort und Zeit hinaus betont ..." (S. 96)

am Rekord oder am Ausgang im relativen Vergleich. Während der absolute Maßstab meßbarer Leistung durch die erreichbare Höchstleistung (Rekord) gesetzt ist, gewinnt der Sport seinen besonderen Reiz durch den Leistungsvergleich im Wettkampf. Allerdings ist dieser Reiz nur dann gegeben, wenn der Ausgang des Vergleichs ungewiß, die Möglichkeiten zu Sieg oder Niederlage etwa gleich groß sind. Im praktizierten Sport wird dies durch ein kompliziertes System von Wettkampfklassen erreicht, wobei der Übertritt in eine höhere oder der Abstieg in eine niedrigere Klasse möglich sein muß. Erfolgt die Bewertung meßbarer Sportleistung relativ zur möglichen Höchstleistung, ist für nichtmeßbare Leistungen (z.B. Sportspiele) der Platz innerhalb und die Höhe der Wettkampfklasse leistungsrelevant. Die sportliche Leistung ist von verschiedenen Variablen abhängig, die bei Körperbehinderten naturgemäß Beschränkungen unterliegen.

Das Problem für den Sport oder den Sportunterricht mit körperbehinderten Kindern besteht nun darin, nach welchen Kriterien Leistungen im Sport bewertet werden können und unter welchen Voraussetzungen Leistungen vergleichbar werden, d.h. letztendlich, ob und wie sportliche Betätigung im eigentlichen Sinne für körperbehinderte Kinder möglich wird. Es ist nämlich außerordentlich schwierig, aufgrund des körperlichen Schadens eine mögliche körperliche Leistung als Erreichbarkeitsnorm festzulegen, bzw. eine Vergleichbarkeit und damit eine Konkurrenzfähigkeit innerhalb der Gruppe der Körperbehinderten als auch zwischen Körperbehinderten und Nichtbehinderten zu ermöglichen. Man weiß zwar, daß der körperliche Schaden einschränkend auf die körperliche Leistungsfähigkeit und das Erlernen motorischer Fertigkeiten und Fähigkeiten wirkt, der Grad der Einschränkung ist dagegen nicht feststellbar.

Die derzeitige Praxis im Sport mit körperbehinderten Kindern berücksichtigt dieses Problem insofern, als in Wettkämpfen nach Schadensklassen oder Behinderungsarten

differenziert wird (vgl. Kosel, 1976, Kind, 1973, Bundesverband für spastisch Gelähmte, 1977). Die Vielzahl der Sonderbestimmungen läßt allerdings i.a. keine relative sondern nur absolute Leistungsfeststellung zu, wobei dann fast jeder Teilnehmer zum Sieger oder Gewinner erklärt wird. Ist dies bei Einzeldisziplinen (etwa Leichtathletik, Schwimmen, Turnen, Rollstuhlfahren) relativ leicht durchführbar, können Probleme der Vergleichbarkeit von Leistungen bei kleinen und großen Sportspielen insofern auftreten, als sich die Differenzen in den motorischen Ausgangsbedingungen negativ sowohl innerhalb einer Mannschaft/Gruppe als auch zwischen den Mannschaften auswirken können.

Eine Möglichkeit, solche Differenzen - vornehmlich zwischen Gesunden und Behinderten, als auch zwischen leichter und schwerer Behinderten - auszugleichen, könnte mit Day/Volck (1976) darin gesehen werden, daß der Gesunde (oder geringer Behinderte) solche Sportarten kennenlernen und mit Behinderten (schwerer Behinderten) ausüben könnte , die in der Regel von der jeweils weniger leistungsfähigen Gruppe betrieben werden, wobei wiederum einzuwenden wäre, daß der Gesunde oder weniger Behinderte mit einer gewissen Übungszeit wieder im Vorteil beim Leistungsvergleich stehen würde.

1.4. Verhalten als besonderes Problem im Sport mit körperbehinderten Kindern

An zwei Beispielen wurden mögliche Konfliktfelder aufgewiesen, die die Integrierung des Sports in die Rehabilitationsarbeit mit körperbehinderten Kindern problematisieren. Wir müssen, wollen wir Sport dem Gesamtziel der Rehabilitationsarbeit unterordnen, immer von der Lage des körperbehinderten Kindes und den Ursachen, die diese Lage bestimmen, ausgehen, und danach fragen, ob die Maßnahmen, sei es nun im Sport oder anderen Rehabilitationsbereichen, tatsächlich langfristig dazu bei-

tragen, die Lebensbedingungen und die Lebenssituation des einzelnen Körperbehinderten bzw. der Gesamtheit der Körperbehinderten zu verbessern. Wir müssen dabei von zwei Tatbeständen ausgehen, auf die das Augenmerk gerichtet werden muß:

- Primäre Ursache aller Probleme ist der körperliche Schaden, der sich in verschiedenen Schadensbildern, Arten der Behinderung und Ausmaßen der Behinderung präsentiert. Grundlage aller Arbeit mit körperbehinderten Kindern ist damit als erstes die medizinische Diagnose und die entsprechende Indikation (etwa: Operation, medizinische Therapie).
- Eine Rehabilitationsarbeit mit körperbehinderten Kindern bleibt aber dann unvollständig, wenn nicht in komplexer Form versucht wird, die infolge des Körperschadens entstandenen zusätzlichen Behinderungen zu berücksichtigen; solche zusätzlichen Behinderungen haben ihre Ursachen in drei Bereichen, wobei eine sichere Ursachendiagnose zum gegenwärtigen Zeitpunkt und aufgrund der Forschungssituation noch nicht möglich ist: (vgl. Schönberger,1974)

- als zusätzlicher (z.B. hirnorganischer) Schaden
- als infolge des Körperschadens erworbene Entwicklungshemmung, vornehmlich im kognitiven Bereich (z.B. Wahrnehmung, Denken, Sensumotorik, Sprache, Lernen, Problemlösen, Handeln)
- als durch das Erziehungsverhalten bzw. das Verhalten der Umwelt (Diskriminierung) hervorgerufene "milieureaktive" zusätzliche Behinderungen.

Die motorische Beschränkung verursacht damit bei körperbehinderten Kindern einen von der Norm abweichenden Sozialisationsprozeß, durch den in verschiedener Ausprägung sowohl die individuell-personale Entwicklung (Herausbildung einer stabilen Persönlichkeit, "Ich-Stärke"/ "Ich-Identität") als auch die soziale Handlungs- (Interaktionsfähigkeit) belastet werden kann. Der abweichende Sozialisationsprozeß und dessen Folgen werden - auch dann,

wenn die körperliche Behinderung zunächst nicht sehr auffallend ist, für die Umgebung häufig erfahrbar, wenn sich der Behinderte in sozialen Situationen nicht so verhält, wie es die Interaktionspartner erwarten, d.h. wir beobachten bei körperbehinderten Kindern häufig abweichende Verhaltensformen. (1)

Soll Sport im Kontext von Rehabilitationsarbeit und der Verbesserung der schwierigen Lebensbedingungen von körperbehinderten Kindern funktionsgerecht eingesetzt werden, so gewinnt neben der motorischen Behinderung auch die Fragestellung, inwieweit durch die Verhaltensschwierigkeiten die Möglichkeiten sportlicher Betätigung beeinträchtigt werden, besonderes Gewicht.

Da sich die bisherigen Arbeiten, die die Möglichkeiten des Sports mit körperbehinderten Kindern thematisieren, weitgehend nur den Aspekt motorischer Beschränkung berücksichtigen, bzw. meistens in nur sehr allgemeiner Form auf mögliche Verhaltensprobleme eingehen, beruhen Annahmen, die auf Verhaltensprobleme, welche im Sport mit körperbehinderten Kindern auftreten sollten, hinweisen, auf Erkenntnissen von Arbeitsbereichen, die vorliegende Zusammenhänge tangieren - etwa der Körperbehindertenpädagogik und -psychologie, der Verhaltensgestörtenpädagogik, der Sporttherapie und -pädagogik bei Verhaltensgestörten etc. Auffallende Verhaltensschwierigkeiten weisen immer auf personale und soziale Probleme des körperbehinderten Kindes hin, sie beschränken von seiten des behinderten Kindes zusätzlich zu umweltbedingten Kontaktschwierigkeiten die Möglichkeiten zu sozialer Kontaktaufnahme, sozialen Interaktionen und damit auch zu sozialer Integration. Deshalb sollten die Formen sportlicher Betätigung hinsichtlich der Fragestellung analysiert und variiert werden, unter welchen

---

1) vgl. z.B. die Literaturübersicht von Schmidt (1971), der die von der Norm abweichenden Verhaltensweisen körperbehinderter (CP-) Kinder differenziert als
- nicht-konformes Sozialverhalten
- nicht-konformes Leistungsverhalten
- nicht-konformes Intelligenzverhalten
darstellt sowie deren mögliche Genese und Interdependenzen diskutiert.

inhaltlichen (spezielle Fertigkeiten und Fähigkeiten), strukturellen (Sport als Spiel, Sport als Wettkampftätigkeit, Methoden etc.) als auch organisatorischen (z.B. als Sportunterricht, als Vereinssport, als Freizeittätigkeit) Bedingungen - v.a. dann, wenn Sport als Tätigkeitsbereich neu eingeführt wird - am ehesten emotionale Stabilität, Motivierung zu motorischen (selbständigen) Aktivitäten, soziale Kooperationsbereitschaft und Interaktionsfähigkeit als Beispiele positiv zu bewertender Verhaltensdimensionen zu erwarten sind.
Dies weist auf mögliche Sozialisationsfunktionen des Sports hin. Im zweiten Kapitel des theoretischen Teils werden wir näher darauf eingehen, inwieweit die im Handlungssystem Sport verbindlichen Normen und Regeln möglicherweise sozialisierende Aufgaben bei körperbehinderten Kindern übernehmen können. (1) Dabei soll jene Fragestellung genauere Beachtung verdienen, welche Formen sportlicher Betätigung voraussichtlich den in der Vorsozialisation geprägten Verhaltensdispositionen am ehesten entgegenkommen und sie in positiver Weise beeinflussen können.
Im ersten Kapitel des theoretischen Teils werden wir die Ursachen und Ausprägungen der Lebenssituation und -bedingungen von Körperbehinderten darstellen und derzeitige Maßnahmen der sozialen Eingliederung - sie werden unter dem Begriff "Rehabilitation" zusammengefaßt - hinsichtlich ihrer Wirkungschancen und Durchsetzungsfähigkeit diskutieren. Dabei wird der Genese von Verhaltensschwierigkeiten, der Möglichkeiten und Probleme sozialer Kontaktaufnahme - mit Nichtbehinderten- sowie gegenwärtig praktizierter Rehabilitationsarbeit und Reformmodellen bei körperbehinderten Kindern besondere Bedeutung zukommen.

---

1) vgl. Heinemann (1974) führt unter verschiedenen möglichen Sozialisationsleistungen des Sports auch die der Behebung und des Ausgleichs negativer Folgeerscheinungen unzulänglicher Sozialisation in unserer Gesellschaft auf (vgl. weiter unten, II. Kapitel, Abschnitt 2., S. 123)

THEORETISCHER TEIL

I. Kapitel

Entwicklungs- und Lebensbedingungen körperbehinderter Kinder

1. Definitionsprobleme, Erscheinungsbilder und Probleme zusätzlicher Schäden und Behinderungen

1.1. Probleme einer Definition des Begriffes "Körperbehinderung"

Die Erprobung von Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebenssituation körperbehinderter Kinder erfordert neben der differenzierten Kennzeichnung dieser Situation und der inneren und äußeren Einwirkungsfaktoren, die diese Situation entscheidend hervorrufen, eine genaue Abgrenzung dessen, was unter "körperbehindert" verstanden werden soll. Die Befassung mit dem Gegenstand beweist nämlich, daß, wie es sich an verschiedenen Beispielen zeigen läßt, die Relevanz einer, je nach Fachrichtung oder nach speziellem Interesse, unterschiedlich gefaßten Definition hinsichtlich des Ansatzes, der Art und des Ausmaßes rehabilitativer Maßnahmen sehr hoch einzustufen ist. Je nach theoretischem Hintergrund und Umfang einer Definition bestimmen sich oder werden bestimmt:

- der Anteil von Körperbehinderten an der Gesamtzahl der Bevölkerung,
- die Abgrenzung zu "Gesunden" und zu anderen Behinderten
- der Umfang notwendiger finanzieller Aufwendungen für die speziellen (Rehabilitations-)einrichtungen sowie die Verordnungen im Rahmen der Sozialhilfe und Sozialversicherung
- die Zuweisung zu speziellen Einrichtungen der Rehabilitation sowie die Indikation der therapeutischen Maßnahmen.

Das Hauptproblem einer Definition des Begriffes "Körperbehinderung" besteht darin, ob mit einem körperlichen dauerhaften Schaden zwangsläufig psycho-soziale Devia-

tionen verbunden sind, so daß etwa von einer typischen Behindertenpsyche (z.B. "Krüppelseele", vgl. Würtz, 1921) gesprochen werden kann, oder stellt die Behinderung ein Ereignis dar, das mit anderen schwerwiegenden Einschränkungen und Frustrationen gleichzusetzen ist? (vgl. Wegener, 1968, Wellhöfer, 1974). Es kann zwar kein direkter Zusammenhang zwischen körperlichem Schaden und Persönlichkeitsstruktur festgestellt werden (Barker, 1953, Hagmeier, 1955, Briefs, 1957, Kunert, 1973), der körperliche Schaden beeinflußt allerdings tiefgreifend die Art, in der eine Person in seiner Umwelt agiert, bzw. wie er von ihr angenommen wird.(Wellhöfer, 1974) Inzwischen besteht weitgehend Übereinstimmung darüber, daß die eindimensionale somatische Definition des Begriffes, wie sie beispielsweise im Bundessozialhilfegesetz zugrundegelegt wird, als Handlungsbasis untauglich ist (1) (vgl. z.B. Deutscher Bildungsrat, 1973, Kunert, 1976).

Schönberger (1974) kritisiert an solchen Definitionen, daß die inhaltliche Füllung und damit die Operationalisierung des Begriffes für das praktische Handeln eine Ermessungsfrage darstellt, die sich durch die definitionsimmanente Tautologie ("körperbehindert ist, wer behindert ist") ergibt. (S. 200) (2)
Demgegenüber wird, halten wir uns an Schönberger, für eine umfassende Definition des Begriffes plädiert, die sich absetzt von den rein somatischen oder pragmatischen Variationen (z.B. Berndt, 1968), wenn es um die Sonderschulbedürftigkeit von körperbehinderten Kindern geht, in der vielmehr versucht wird, die Komplexität dessen was Körperbehinderung bedeutet, real und überprüfbar zu erfassen. Dabei sollten folgende Forderungen berücksichtigt werden:

1) Vgl. BSHG § 39, Abs. 1, Nr. 1:
Körperbehinderte sind "Personen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung ihren Stütz- und Bewegungssystems nicht nur vorübergehend wesentlich behindert sind, oder bei denen wesentliche Spaltbildungen des Gesichtes oder Rumpfes bestehen."
2) Welche Definition enthält nicht eine immanente Tautologie?

Die Definition soll:

"- neben der somatischen, auch der psychosozialen Realität gerecht werden,
- ihre anthropologisch - ideologischen Implikationen offenlegen,
- sowohl der gegenwärtigen Situation Rechnung tragen als auch deren Optimierung anzielen,
- und schließlich für den Wandel der gemeinten Realität offen sein." (Schönberger, 1974, S. 200)

Eine Definition auf der Grundlage dieser Forderungen vereint somit körperlichen Schaden, psycho-soziale Deviationen und Umweltbedingungen zum Begriff "Körperbehinderung". Auf eine wesentliche Tatsache soll in diesem Zusammenhang hingewiesen werden:
Ursache aller Schwierigkeiten und Probleme ist der Körperschaden, und somit ist die medizinische Diagnose und Behandlung der primäre Ansatzpunkt zur Verbesserung von Entwicklungs- und Lebensbedingungen. Allerdings bleibt eine Behandlung unvollständig, berücksichtigt man nicht die in Folge des Schadens auftauchenden Behinderungen, die sowohl in den eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten als auch in den Schwierigkeiten mit der sozialen Umwelt begründet sind.

Als Grundlage der weiteren Diskussion dient uns nun die Definition Schönbergers, die am umfassendsten ist und der realistischen Erfassung der Körperbehindertenproblematik am nächsten kommt:

> "Körperbehindert ist, wer infolge einer Schädigung der Stütz- und Bewegungsorgane in seiner Daseinsgestaltung so stark beeinträchtigt ist, daß er jene Verhaltensweisen, die von den Mitgliedern seiner wichtigsten Bezugsgruppen in der Regel erwartet werden, nicht oder nur unter außergewöhnlichen individuellen und sozialen Bedingungen erlernen bzw. zeigen kann und daher zu einer langfristigen, schädigungsspezifisch-individuellen Interpretation wichtiger sozialer Rollen finden muß." (a.a.O., S. 209)

1.2 Die verschiedenen Erscheinungsformen der Körperbehinderung

Die Körperbehinderungen zeigen sich in sehr verschiedenen Ausprägungen, sie differieren je nach Ursachen und Erscheinungsbild. Eine praktische Arbeit mit Körperbehinderten ist deshalb nur dann sinnvoll, wenn eine genaue Kenntnis der Formen von Körperbehinderung vorhanden ist.
Köppl (1975) differenziert folgende Formen der Körperbehinderung:

- schlaffe und spastische Lähmungen, cerebrale Bewegungsstörungen, Kinderlähmungen
- angeborene Fehlbildungen
- erworbene Körperschäden (Querschnittlähmungen, Schädelverletzungen mit Hirnschäden)
- Erkrankungen der Wirbelsäule, bleibende Schäden nach Entzündungen an Muskel- und Bandapparaten
- Gelenkrheumatismus, Glasknochenkrankheit, Muskeldystrophie
- Anfallsleiden, wenn die Anfälle schwer sind und/oder körperliche Veränderungen oder Wesensveränderungen zur Folge haben. (S.3) (1)

---

1) Die Schätzungen, welcher Anteil eines Altersjahrganges körperbehindert ist, schwankt zwischen 0,1 - 0,2 % (Köppl, 1975, KMK 1972) über 0,3 % (Sander, 1973) bis zu 0,5 % (v. Bracken/Has, 1968).
Eine Diskussion um diese unterschiedlichen Zahlen erübrigt sich, da weder alle körperbehinderten (Kinder) statistisch erfaßt noch eine einheitliche Auffassung über das, was "körperbehindert" bedeutet, besteht.
Ebenso schwankt die Schätzung des Anteils körperbehinderter Kinder an der Gesamtheit behinderter Kinder zwischen 3,0 % (Köppl, 1975) und 4,0 % (v. Bracken/Has, 1968).
Auch im Anteil der verschiedenen Formen der Körperbehinderungen zueinander sind in der Literatur sehr verschiedene Angaben zu finden. Am genauesten erfaßt ist die Anzahl der Kinder mit Gliedmaßenfehlbildungen (Dysmelie), den sogenannten Contergan-Kindern .

Ihre Anzahl beträgt 2500 oder ca. 5 % aller körperbehinderter Kinder. Dagegen streuen die Schätzungen beim häufigsten Fall der Körperbehinderung, der Cerepralparese zwischen 52-65 % (Sagi 1966) und 80-90 % (Bausenwein u.a., 1977).
Die Streuungen in den Schätzwerten sind dadurch begründet, daß bisher in der Bundesrepublik Deutschland noch keine Meldepflicht für mißgebildete oder körperbehinderte Kinder besteht, so daß die Dunkelziffer nicht unerheblich sein dürfte. Berechnungen in den USA als auch in England und Skandinavien kommen auf bis zu 4 Cerebralparetiker auf 1000 Geburten.
Nach Siebert (1961) verteilen sich die verschiedenen Formen der Cerebralparese wie folgt:
- Hypertone Formen (Spastik): 60-70 %
- Dyskinetische Formen (Athetose und Mischformen): ca. 30 %
- Ataxie und Tremor (isolierte Formen): ca. 2 %

Häufig wird eine Einteilung nach der Schwere der Schädigung vorgenommen:

- Verdachtsfälle, bei denen eine Schädigung vermutet wird,
- leicht Geschädigte, die in ihrer motorischen Leistungsfähigkeit und Geschicklichkeit kaum beeinträchtigt sind,
- mittelschwer Geschädigte, bei denen statomotorische Schädigungen deutlich erkennbar sind, die sich jedoch ohne fremde Hilfe bzw. ohne Hilfsmittel fortbewegen können,
- schwer Geschädigte, deren statomotorisches Verhalten erheblich beeinträchtigt ist, bzw. die gehunfähig sind. Auch die oberen Extremitäten können in ihren Bewegungsmöglichkeiten erheblich eingeschränkt sein.

(Vgl. Bausenwein u.a., S. 19)

1.3 Mehrfachschädigungen und Mehrfachbehinderungen (1)

Bei der Mehrzahl der Körperbehinderten, insbesondere dann, wenn die Behinderung von Geburt an besteht, werden neben der motorischen Schädigung häufig zusätzliche Schäden oder Behinderungen erkennbar, welche sowohl die Persönlichkeit als auch die Lebensbedingungen wesentlich beeinflussen können. In jüngerer Zeit gewinnen aus diesem Grunde Untersuchungen zur Erforschung von Ursachen zusätzlicher Schädigungen oder Behinderungen als auch die Erprobung neuer therapeutischer Verfahren zur Verbesserung der damit zusammenhängenden Schwierigkeiten besonderes Gewicht.

Das diagnostische Hauptproblem besteht hierbei darin, ob es sich bei einer Mehrfachbehinderung um eine primäre, d.h. zusätzliche hirnorganische Schädigung, oder um eine infolge der körperlichen Schädigung erworbene Entwicklungshemmung bzw. einen abweichenden, durch die soziale Umwelt mitbeeinflußten Sozialisationsvorgang handelt. V.a. für die Zielsetzung als auch die Organi-

---

1) Vgl. Schönberger, 1972, S. 136 Mehrfachbehinderung
S. 137 Mehrfachschädigung

sation der Rehabilitationsarbeit hat diese Fragestellung insofern besondere Bedeutung, als damit entschieden wird, ob die Förderung in Sondereinrichtungen und die begrenzte Normsetzung am behindertenspezifischen Standard, oder die gemeinsame Förderung mit Nichtbehinderten mit der Ausrichtung am Standard der Gesunden sinnvoller ist.
Daß bisherige diagnostische Verfahren zur ursächlichen Erforschung von Mehrfachbehinderungen keineswegs ausreichen, bzw. daß eine Übereinstimmung in den Anwendungsmöglichkeiten von gängigen Diagnoseverfahren, etwa von Intelligenztests als Beleg minderer intellektueller Fähigkeiten, weitgehend fehlt, zeigen die stark streuenden und divergierenden Ergebnisse bei der Diagnose von Mehrfachschädigung oder Mehrfachbehinderung. (Vgl. hierzu Schönberger, 1971, 1972, 1974, Bausenwein, 1977, Schmidt, 1972, Steinhausen/Wefers, 1977 u.v.a.)
Zusätzlich ist es notwendig, auch bei der Mehrfachbehinderung oder dem Mehrfachschaden zwischen den verschiedenen Formen der Körperbehinderung, v.a. den Cerebralparesen und den anderen Körperbehinderungen zu differenzieren. (1)

---

1) Mehrfachbehinderungen oder -schäden zeigen sich in folgenden Bereichen:
   - Wahrnehmungsfähigkeit: (Sehvermögen, Perzeption, Hörfähigkeit)
     Sehstörungen liegen bei ca. 50% der CP-Kinder vor, die Hörfähigkeit ist bei ca. 30 % der CP-Kinder beeinträchtigt (zusätzlich werden bei ca. 2/3 aller CP-Kinder Perzeptionsstörungen festgestellt (vgl. Brekey 1955, Nielsen, 1962, Wedell, 1960, Borstner 1962, Mofraix, 1961, Tönnis/Krenkel, 1963, Schmidt, 1972, 1972a).
     Bei dysmelen Kindern sind etwa 20 % hörgeschädigt (Eckel, 1966)
   - Sprachstörungen werden bei 60 - 90 % aller CP-Kinder festgestellt (Haupt 1966, Kiehne, 1962, Berendes 1963, Biesalski, 1971)
   - Cerebrale Krampfleiden werden bei 14 % - 47 % der CP-Kinder beobachtet. (Tönnis/Krenkel 1963, Bausenwein, 1977)

Besonderes Interesse gilt den Untersuchungen zur Intelligenz von körperbehinderten Kindern:
Die Messung der Intelligenz erfolgt im allgemeinen durch die Anwendung üblicher Intelligenz- oder Schulreifetests. Abgesehen davon, daß Intelligenztests derzeit sowieso ein umstrittenes diagnostisches Mittel zur Feststellung kognitiver Fähigkeiten darstellen, zeigen die sehr differierenden Ergebnisse der vielen Untersuchungen zu dieser Thematik, daß bei der Anwendung dieser Tests bei körperbehinderten Kindern offensichtlich zusätzliche Probleme auftreten, welche die Aussagefähigkeit jener Testergebnisse erheblich einschränken.

Auch wenn solche Testverfahren in ihrer Kulturabhängigkeit häufig problematisiert wurden, so ist es dennoch angebracht, im Zusammenhang ihrer Anwendung bei körperbehinderten Kindern deren Aussagefähigkeit einer kritischen Anmerkung zu unterziehen.
Schon eine Definition des Begriffes "Intelligenz" ist kaum einheitlich zu vollziehen; so greift man immer wieder auf die gängige Formel Hofstätters zurück, daß Intelligenz nämlich das sei, was der Test mißt,was bedeutet, daß es kaum einen objektiven Maßstab für eine unabhängige Dimension "Intelligenz" gibt. Auch die konkrete Aussagefähigkeit solcher IQ-Tests - etwa hinsichtlich der Diagnose von Schulleistungen - ist äußerst gering. (1)

Allgemein ist nun davon auszugehen, daß der IQ-Test nicht eine unabhängige, d.h. allein genetisch bedingte Dimension mißt, sondern u.a. auch erworbene Fähigkeiten und Fertigkeiten, also sowohl Anlage- als auch Umweltbedingungen. Besonders anzumerken ist aber hierbei die Tatsache, daß die sogenannte "intelligenzfördernde" Umwelt gewichtigen Einfluß auf den IQ-Wert hat.

---

1) Vgl. Heckhausen, H. (1974): Etwa 25-36 % der Unterschiede zwischen Schulleistungen können aufgeklärt werden, wenn man Intelligenztestwerte zu Rate zieht.

Wie zu zeigen ist, stellt sich in diesem Zusammenhang - insbesondere bei Cerebralparesen - das Problem, daß der körperliche Schaden die kognitive Entwicklung als Auseinandersetzung mit der Umwelt negativ beeinflußt, eine Tatsache, die durch die Anwendung von IQ-Tests verdeckt wird und zu möglicherweise falschen Folgerungen für die Rehabilitationsarbeit führt. (1)

Intelligenzmessungen wurden hauptsächlich bei Dysmelie- und CP-Kindern vorgenommen.
Bei Dysmelie-Kindern wurden in einigen Untersuchungen signifikante Intelligenzdefizite zu Vergleichsgruppen Gesunder festgestellt (z.B. Schönberger, 1971, Ramme, 1972), in anderen Arbeiten etwa bei Haupt (1973) zeigten sich keine Unterschiede. Zwei Arbeiten mit körperbehinderten Kindern im Vorschulalter kommen zum Ergebnis, daß ein niedrigeres Intelligenzniveau i.w. durch die schlechteren Leistungen im Handlungsteil der Tests erbracht worden sind (Krüger, 1967, der auch einen Zusammenhang zwischen Behinderungsschwere, zunehmendem Alter und Intelligenzdefizit feststellte, sowie Strasser/Sievert/Munk, 1968).
Bei CP-Kindern zeigen sich im Gegensatz zu den Dysmelie-Kindern recht eindeutige Abweichungen zum Intelligenzniveau von Gesunden. Nielsen (1966) zeigt bei einer Zusammenschau der wichtigsten Arbeiten zu diesem Problembereich, daß bei Cerebralparesen ein gleichmäßiger Trend beobachtet werden kann. (2)
Kunert (1974) zeigt, daß CP-Kinder sowohl in Teilaufgaben als auch im gesamten Test schlechter abschneiden als andere körperbehinderte Kinder.
Nun würde es, insbesondere bei den CP-Kindern, naheliegen, von der Häufigkeit der "Minderbegabung" auf einen ursächlichen, d.h. hirnorganisch bedingten Schaden zu schließen.

---

1) Vgl. hierzu Abschnitt 3.3

2) 20 -30 % weisen einen IQ von mehr als 85/90 auf
20 -30 % weisen einen IQ von 70-90 auf
40 -60 % weisen einen IQ unter 70 auf.

Vor voreiligen Schlüssen und damit organisatorischen Konsequenzen wird aber in diesem Zusammenhang eindringlich gewarnt: Schönberger etwa bezweifelt, daß mit gängigen Intelligenztests die Intelligenzhöhe mit ausreichender Genauigkeit gemessen werden kann, und fordert, daß die Diagnose eines hirnorganisch bedingten Intelligenzdefekts nur dann gestellt werden darf,

> "wenn ein zerebral bewegungsgestörtes Kind im Verlauf eines langzeitigen, behinderungsspezifischen Therapie- und Bildungsversuches weder spontane noch provozierte Versuche zur Kompensation der motorischen Behinderung zeigt." (1974a,S. 225/226)

Eine differenzierte, interdisziplinäre Langzeit-Diagnose ist demgemäß die derzeit einzige Möglichkeit, ein einigermaßen brauchbares Bild der kognitiven Fähigkeiten körperbehinderter Kinder zu gewinnen.
Ähnliche Diagnoseprobleme bereiten die bei körperbehinderten Kindern häufig zu beobachtenden Verhaltensanomalien. Kunert (1976) stellt in einer Literaturübersicht fest, daß bei allen Arbeiten dieser Thematik übereinstimmend Abweichungen verschiedenen Schweregrades im Verhalten von körperbehinderten Kindern gegenüber nichtbehinderten Kindern konstatiert werden; zwischen den verschiedenen Krankheitsbildern der Körperbehinderung ergaben sich hierbei keine wesentlichen Unterschiede (S. 18 ff.).
Schönberger (1972) vertritt im Anschluß an Schmidt (1971, 1972, 1972 a) und Nielsen (1966) die Ansicht, daß sich bei cerebralgeschädigten Kindern mit Sicherheit Störungen in der Wahrnehmung, der Konzentration und der psychomotorischen Aktivität (Hyper- oder Hypoaktivität) als primäre, hirnorganisch bedingte zusätzliche Schädigung identifizieren lassen.
Zumeist aber sind Verhaltensabweichungen bei körperbehinderten Kindern auf fehlerhafte Umweltbeziehungen, insbesondere auf nichtadäquates Elternverhalten zurückzuführen. (vgl. hierzu Kunert, 1974, 1976; Jansen, 1973, Strasser u.a. 1968, Schmidt 1971 u.v.a.m.)

2. Körperbehinderte in der Gesellschaft als soziologisches Problem

Eine soziologische Erklärung für die soziale Position Körperbehinderter in der Gesellschaftist verschiedentlich versucht worden; i.a. stellt sich dabei das Problem, ob es möglich ist, Körperbehinderte als eine einheitliche Randgruppe gegenüber der übrigen Gesellschaft darzustellen; denn zunächst einmal fehlen den Körperbehinderten so ziemlich alle Eigenschaften, um sie einem gemeinsamen Minoritätenstatus unterzuordnen:

- sie entwickeln oder besitzen keine gruppenspezifischen Normen und Werte, etwa gleich einer Ausländergruppe
- sie besitzen keine gemeinsame Vergangenheit oder Geschichte
- sie leben nicht in Gruppen oder Siedlungen ("Ghettos") zusammen, d.h. sie können deshalb auch keine Solidarität gemeinsamen Handelns bzw. eine sogenannte Gruppenidentität entwickeln,
- es gibt, wie oben bereits gezeigt (1), keine einheitlichen Kriterien für "die Körperbehinderung".

Andererseits ist das Problem evident, d.h. Körperbehinderte sind faktisch Außenseiter der Gesellschaft, was sich nicht nur in den tatsächlichen Lebensbedingungen - z.B. je nach Schwere der Behinderung der entsprechend starke Ausschluß von der Öffentlichkeit - offenbart, sondern besonders auch in der Bereitschaft der Gesellschaft, die Probleme Körperbehinderter lösen zu wollen oder auch zu können.

Ebenso wie die faktische Benachteiligung sind es aber auch gerade die häufigen Interaktionssituationen, in welchen Körperbehinderte stigmatisiert werden - beispielsweise durch offengezeigte Ablehnung oder übertriebenes Mitleids- oder Hilfeverhalten.

Welche Erklärung gibt es für diese Situation? Sicherlich sind es - wie später im einzelnen noch aufgewiesen werden soll -, nicht einheitliche Vorstellungen, die den Körper-

---

1) Vgl. hierzu den Abschnitt 1. des I. Kapitels

behinderten stigmatisieren; andererseits muß es jedoch relativ klare Meinungen über die Grenzen von "normal" und "unnormal" geben, durch die die Stigmasituation hervorgerufen wird, und die das besondere Verhalten gegenüber Körperbehinderten verursachen.

Neben der Fragestellung, warum sich die Gesellschaft (bzw. die einzelnen Mitglieder der Gesellschaft) gegenüber den Körperbehinderten so verhält, daß diese stigmatisiert werden, ist darauf einzugehen, welche Auswirkungen die Stigmatisierung auf den Körperbehinderten als "soziales und personales Wesen" hat; die Untersuchung des Problems wäre nämlich zu kurz angesetzt, würde man nicht auch die (Verhaltens-) Reaktionen des Körperbehinderten im Zusammenhang der entstehenden Stigmasituationen mituntersuchen; diese - reziproken - Reaktionen könnten nämlich wiederum das Verhalten der nichtbehinderten Interaktionspartner beeinflussen und somit die Interaktionssituation zusätzlich belasten.

2.1. Der Stigmatisierungsprozeß bei Körperbehinderten

Zunächst muß an dieser Stelle eine begriffliche Klärung erfolgen: "Stigma" soll mit Hohmeier (1975, S. 7) als ein sozial relevantes Merkmal verstanden werden, das einer "negativen Definition" unterliegt. (1) Die Stigmatisierung ist dann "verbales oder nonverbales Verhalten, das aufgrund eines zueigen gemachten Stigmas jemandem entgegengebracht wird." (Hohmeier, a.a.O.)

Bei Körperbehinderten kann nun das Stigma relativ leicht ausgemacht werden: Der körperliche Schaden, im Laufe des Lebens erworben oder angeboren, kann als das entscheidende Merkmal erkannt werden, das einer negativen Definition in der Gesellschaft unterliegt. Der Verstoß des Körperbehinderten gegen das Ideal körperlicher

---

1) Damit verengt Hohmeier die Definition Goffmans, der nicht die negative Definition, sondern das Merkmal selbst als Stigma bezeichnet, als Eigenschaft, die "zutiefst diskreditierend ist" (Goffman, 1967, S. 11)

Vollkommenheit liegt hierbei nicht nur gegen ästhetische Vorstellungen vom Aussehen eines Menschen, sondern zudem auch gegen den Anspruch an körperliche Gesundheit und Arbeitsfähigkeit vor; insofern hat die Stigmatisierung von Körperbehinderten einen durchaus realen Hintergrund, wobei die Verletzung von äußerlichen Normen der Ästhetik oder des Bewegungsverhaltens nicht unabhängig vom Bewußtsein der Leute gesehen werden kann, die sicherlich erkennen und wissen, welche Probleme mit der Körperbehinderung verbunden sind, etwa Unselbständigkeit, lebenslange Abhängigkeit etc.

Der Stigmatisierungsprozeß setzt demnach dann ein, wenn der körperliche Schaden für die Umwelt sichtbar oder zumindest erfahrbar wird. So beginnt der Prozeß der Stigmatisierung beispielsweise auch bei angeborenen Schäden zu unterschiedlichen Zeitpunkten, wenn etwa eine cerebrale Schädigung, die von Geburt an bestand, erst später bei Entwicklung des Bewegungsverhaltens sichtbar wird. Die ersten Interaktionspartner, die das körperbehinderte Kind stigmatisieren, werden im Sozialsystem Familie zu finden sein (Eltern, Geschwister, Verwandte) (1)

Einen weiteren Abschnitt des Stigmatisierungsprozesses bei den angeborenen Schäden findet in den Institutionen des Lernens, auch in den Sonderinstitutionen, statt; in den Sonderinstitutionen nämlich (Sonderschulen, Tagesstätten, Therapieeinrichtungen) wird die Gesellschaft - ob dadurch bezweckt oder nicht - die Stigmatisierung sozusagen "institutionalisieren" und damit festschreiben. (2)

---

1) Vgl. hierzu auch Abschnitt 3.2.1. und 3.2.2.

2) Vgl. hierzu auch Abschnitt 4., insbesondere 4.3. und 4.4.1.

2.2. Die Folgen der Stigmatisierung

Die Folgen der Stigmatisierung sind auf drei Ebenen zu sehen:

- auf der Ebene der Teilhabe des stigmatisierten Individuums an der Gesellschaft
- auf der Ebene der Interaktionen mit Nicht-Stigmatisierten, also Nichtbehinderten
- auf der Ebene der Veränderung der stigmatisierten Person, also des Körperbehinderten - in ihrer Identität

2.2.1. Stigmatisierung und Teilhabe an der Gesellschaft

Hier sind die schon angesprochenen faktischen, d.h. institutionalisierten Benachteiligungen zu nennen, auf die der Körperbehinderte trifft; dies zeigt sich sowohl in den verschiedensten Lebensbereichen außerhalb und innerhalb der Institutionen als auch bei den Problemen der funktionalen, d.h. beruflichen, politischen und sozialen Eingliederung in die Gesellschaft. (1)

2.2.2. Stigmatisierung und Interaktionen mit Nichtbehinderten

Hier sind v.a. jene Verhaltensweisen zu untersuchen, mit denen die Nichtbehinderten den Körperbehinderten entgegentreten. Dabei sind die verschiedensten möglichen Interaktionspartner zu beobachten, etwa die des Sozialsystems Familie als Primärgruppe (Eltern, Geschwister), dann die Gleichaltrigen ("peer groups") in nachbarschaftlicher Umgebung, Kindergarten und Schule sowie die zufällig mit Körperbehinderten zusammentreffenden Interaktionspartner.(2)

Seywald (1976) differenzierte mögliche Reaktions- und Verhaltensweisen gegenüber Körperbehinderten, wie sie zu beobachten sind (3), wobei ein Konflikt in allgemeiner Form

---

1) Vgl. hierzu insgesamt Abschnitt 4.

2) Vgl. hierzu insbesondere 4.1., 4.2. und 4.3.1.

3) Eine genauere Darstellung dieser Verhaltensreaktionen wird im Zusammenhang geleistet (vgl. 4.1., S.)

etwa folgendermaßen dargestellt werden kann: Der Körperbehinderte besitzt ein Stigma, das ihn auffällig von "normalen" Interaktionspartnern abhebt; dies erzeugt Unsicherheit beim Nichtbehinderten insofern, als i.a. diesem nicht klar ist, wie "man" sich gegenüber dem Körperbehinderten als Interaktionspartner verhält, bzw. entsprechende Verhaltensweisen nicht geübt sind. Was er auf keinen Fall tun darf, ist, den körperbehinderten Interaktionspartner sichtbar abzulehnen - dies widerspricht jedenfalls derzeit einer sozialen Norm, nach der gerade Schwächeren, Benachteiligten (Alte, Kranke, Behinderte) Hilfe angeboten werden sollte; andererseits wäre es am einfachsten, nichts mit dem Körperbehinderten zu tun zu haben, d.h. den Kontakt und die Interaktion mit diesem möglichst zu vermeiden. Es besteht also i.a. kein Interesse von seiten des Nichtbehinderten, mit dem Körperbehinderten Kontakt aufzunehmen, da dies ihm innerliche Schwierigkeiten bringt, oder, um es soziologisch auszudrücken, seine "Ich-Identität" als Ausdruck der Balancierung zwischen personaler und sozialer Identität untergraben wird. (1) Der Nichtbehinderte hat eben noch nicht diejenigen Verhaltensweisen einüben können, die als notwendig zur Aufnahme von Interaktionen mit dem Körperbehinderten gelten. Lehnt nun der Nichtbehinderte den sozialen Kontakt bzw. die Interaktion offen ab, so kann dies eine Folge der - allerdings nur in dieser Situation relevanten - Verschiebung der Ich-Identität auf die personale Identität sein, zeigt er übertriebenes Mitleid oder Hilfeverhalten, so kann dies eine Verschiebung zur sozialen Identität bedeuten. In beiden Fällen ist damit der Interaktionsprozeß gefährdet bzw. wird unmöglich.

---

1) Vgl. zum Identitätskonzept: Habermas, 1968, 1973
Krappmann, L., 1969, Wellendorf, 1973,
Goffman 1975

Ist nun der Körperbehinderte daran interessiert, Ansätze zu Interaktionen auszubauen bzw. diese nicht abbrechen zu lassen, so muß er vielfältige Anstrengungen unternehmen, er muß im Sinne eines "Stigma-Managements" (Goffman) tätig werden.
Nicht nur für den Nichtbehinderten, sondern auch für den Körperbehinderten wird es deshalb schwierig, in solchen Situationen die Identität zu bewahren.

2.2.3. Körperbehinderung und Identität

Oben dargestellte Probleme sind nun nicht zutreffend für alle Körperbehinderten; nur nämlich, wenn genügend Gelegenheit dazu besteht, mit Nichtbehinderten Kontakt aufzunehmen und Interaktionen einzugehen, d.h., wenn Körperbehinderte in der Öffentlichkeit erscheinen und hier wieder als relativ selbständige Individuen tätig werden, kann die Interaktion als verhaltensrelevante Situation für den Nichtbehinderten auftreten; das bedeutet wiederum, daß zwischen denjenigen Körperbehinderten differenziert werden muß, die solche Gelegenheiten haben - den leichter Behinderten - und denen, die nicht oder kaum in der Öffentlichkeit zu sehen sind - den schwerer Behinderten.
Es wird hiermit also angenommen, daß das Ausmaß des Schadens in einem direkten Zusammenhang zur Herausbildung oder Veränderung der Identität stehen kann. Dabei wird von folgenden Überlegungen ausgegangen:

- Der schwerer Körperbehinderte hat außer in der Familie und in Rehabilitationseinrichtungen kaum Möglichkeiten andere nichtbehinderte Interaktionspartner zu finden. Schon in der Familie lernt er dabei die Behindertenrolle, deren Ausfüllung sich in den Sonderinstitutionen fortsetzt und damit endet, daß er i.a. in lebenslanger Abhängigkeit von Personen oder Institutionen bleibt. Die möglichen nichtbehinderten Interaktionspartner sind jeweils daran interessiert, daß der Körperbehinderte auch seine Rolle annimmt und akzeptiert (Eltern, Therapeuten, Erzieher, Lehrer etc.).Er lernt also eine Sonderrolle, die es ihm unmöglich macht, auch wenn

Chancen beständen, auf Rollenerwartungen anderer nichtbehinderter Interaktionspartner variabel, d.h. angemessen zu reagieren. Innerhalb seines sozialen Kontextes kann nun so etwas wie eine Identitätsbalance herausgebildet werden, während im Umgang mit der "normalen" Umwelt die soziale Identität gegenüber der personalen, behindertenspezifischen nur gering ausgebildet ist.

- Während der schwerer Körperbehinderte innerhalb seines umgrenzten sozialen Rahmens Möglichkeiten zur Herausbildung einer relativ stabilen Ich-Identität finden kann, ist die Situation für den leichter Behinderten als ambivalent zu bezeichnen. Dieser hat nun nämlich die Möglichkeit, aus dem Rahmen der Familie bzw. der Rehabilitationsmitarbeiter herauszutreten und tatsächlich selbständige Erfahrungen mit unvoreingenommenen, d.h. unvorbereiteten nichtbehinderten Interaktionspartnern zu machen. Für den leichter Behinderten können nun zwei Entwicklungen sichtbar gemacht werden: Bleibt er wie der schwerer Behinderte mehr im sozialen Rahmen der Behindertenrolle, also paßt sich an die Forderungen dieses Rahmens an, so scheint die Ausgangsposition ähnlich wie beim schwerer Körperbehinderten; es scheint allerdings nur so, denn durch die größeren Möglichkeiten, die ihm in funktioneller Hinsicht gegeben sind, ist auch die Wahrscheinlichkeit der Außenkontakte erheblich größer, d.h. die Anzahl möglicher Interaktionen mit Nichtbehinderten steigt; das bedeutet aber auch, daß für die leichter Körperbehinderten, die die Sonderrolle eines Behinderten internalisiert haben, die Gewinnung einer "Scheinnormalität" ein erheblich größeres Problem bedeutet als für den schwerer Behinderten, da es eine weitaus größere Relevanz besitzt.
Versucht nun der leichter Behinderte, seine persönliche Identität, d.h. die durch seinen Schaden ausgelösten Ereignisse der persönlichen Biographie zu unterdrücken und durch ritualistische, überstarke Anpassung sein Stigma, den Körperschaden zu verdecken, so wird es

dann zu Problemen führen, wenn Rollen mit einem hohen Maß an individueller Ausgestaltung ausgefüllt werden müssen, also etwa im Freizeitbereich; der Spielraum zur Darstellung persönlicher Identität bleibt stark begrenzt, die Ich-Identität als ausgewogenes Verhältnis von personaler und sozialer Identität ist zur sozialen Identität verschoben.

2.3. Stigmatisierung und Verhalten

Welche Konsequenzen hat nun die Stigmatisierung von Körperbehinderten auf beobachtbares Verhalten? Oben wurden zwei mögliche Auswirkungen der Stigmatisierung auf die Ich-Identität beschrieben, die jeweils unterschiedliche Wirkungen auf das beobachtbare Verhalten der Körperbehinderten zeigen dürften. Dabei interessiert allerdings nur, inwieweit sich der Körperbehinderte in definierten Situationen "anders" oder "auffällig" verhält, als wir es von nichtbehinderten "Normalen" kennen. Daß tatsächlich Körperbehinderte in definierten Situationen häufig auffallendes Verhalten zeigen, läßt sich durch etliche Forschungsberichte belegen. (1)

Hypothetisch sollen an dieser Stelle nun Zusammenhänge zwischen gestörter Identität und Verhalten dargestellt werden:

- Bei Verlust an persönlicher und Zunahme sozialer Identität kommt es zu Überanpassungserscheinungen bis zur vollkommenen Konformität, dem Ritual; zudem wird stark regressives Verhalten verbunden mit geringer Selbständigkeit und geringer Aktivität vermutet.

---

1) Vgl. hierzu exemplarisch die zusammenfassende Darstellung von Schmidt (1971)

- Bei Verlust an sozialer und Zunahme persönlicher Identität wird geringere Anpassungsbereitschaft, dagegen stärkere Aktivitätsbereitschaft verbunden mit starker Emotionalität bis hin zur Aggressivität vermutet.
- Je stärker das Pendel nun nach einer Seite - persönlicher oder sozialer Identität - ausschlägt, desto stärker wird die Auffälligkeit des "anderen" Verhaltens sein und häufiger beobachtet werden können.

Diese Hypothesen wären einer eigenen Untersuchung zu unterziehen, was in dieser Arbeit nicht geleistet werden kann.

3. Besondere Bedingungen primärer Sozialisation bei körperbehinderten Kindern

3.1. Körperlicher Schaden und der Einfluß auf die Ebenen der Entwicklung

Bei der Untersuchung der Bedingungen primärer Sozialisation von körperbehinderten Kindern wird davon ausgegangen, daß der körperliche Schaden tiefgreifende Veränderungen im Sozialisationsprozeß bewirkt, welche auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens wirksam werden. Zu untersuchen ist dabei, in welcher Weise der körperliche Schaden die motorische (oder physiologische), die kognitive und die emotionale Entwicklung und entsprechende Verhaltensebenen beeinflussen kann. Dabei wird von der Modellvorstellung ausgegangen, daß jene drei Entwicklungsebenen in der Form eines gleichseitigen Dreiecks im gleichen Verhältnis zueinander stehen, und daß die Veränderung einer der Entwicklungsebenen das Gesamtverhältnis beeinflußt.

Hinsichtlich der Verhaltensentwicklung kann das Konzept der "Verhaltensbiologie" des Kindes einige allgemeine theoretische Erklärungen liefern, warum diese bei körperbehinderten Kindern besonderen Bedingungen unterliegt und damit von der Normalität abweicht. (1)
Die Verhaltensbiologie als Sozialisationstheorie geht dabei von der Grundannahme aus, daß beim Menschen nicht nur das körperliche Geschehen, sondern auch Anteile der Verhaltenssteuerung biologisch mitbedingt sind. Dabei geht es darum, diejenigen Bestandteile voneinander zu trennen, die bei der Verhaltensentwicklung biologisch bzw. sozial bedingt sind; methodisch wird dabei so vorgegangen, daß zunächst Gesetzmäßigkeiten im Verhalten von Tieren als Organismen untersucht und möglichst

---

1) Vgl. hierzu:

Hassenstein, B. 1973, 1979
Hassenstein, B. u. H., 1978

abstrakt festgehalten werden. In einem zweiten Schritt wird dann danach gefragt, "ob dieselben Zusammenhänge auch bei der Entstehung von Verhaltenstendenzen (Hassenstein) des Menschen eine Rolle spielen können." (Hassenstein, 1979, S. 78).

Die Verhaltensbiologie unterscheidet hierbei zwischen zwei biologisch bedingten verhaltensbeeinflussenden Elementen, den äußeren Bedingungen (zu ihnen gehören Sinnesreize, Inhalte von empfangenen Nachrichten) und innere Bedingungen (Bereitschaft, auf äußere Bedingungen zu reagieren, Antrieb zu spontanem Verhalten, Bedürfnisse, Affekte).

Bei der Verhaltensentwicklung des neugeborenen Säuglings sind nun neben den biologisch bedingten Verhaltensweisen auch schon solche zu beobachten, welche den Charakter sozialer Verhaltensweisen (Pendelbewegungen des Kopfes als Suchen der Brustwarze der Mutter, Schreien als sozialer Kontaktruf etc.) haben. (1)

Beim körperbehinderten Kind können wir nun sowohl auf der Ebene genetisch bedingter als auch sozial ausgelöster Verhaltensweisen grundlegende Veränderungen feststellen.

Es ist nun darzustellen, inwieweit die Veränderung der motorischen Ebene (infolge des körperlichen Schadens) auch die anderen Ebenen beeinflußt. Die motorische und kognitive Entwicklungsebene unterliegt dabei sowohl einem direkten als auch indirekten Einfluß des Körperschadens: direkt, als ohne vermittelten Zusammenhang von Interaktionen Umweltanreize anders verarbeitet werden, indirekt, als Interaktionspartner, z.B. über das Sozialsystem Familie,

---

1) Hassenstein (1979) differenziert hier systematisch in
- sozialer Kontaktruf (Lautäußerungen zur Kontaktaufnahme)
- soziales Verhalten (Verhaltenspartnern werden Signale gegeben bzw. ihr Antwortverhalten soll ausgelöst werden)
- angeborenes, genetisch bedingtes, instinktives Verhalten (Alle anatomischen Voraussetzungen für die Durchführung sind durch die körperliche Entwicklung funktionsfertig bereitgestellt.).

an der Entwicklung maßgeblich beteiligt sind. Bei der emotionalen Entwicklung dagegen kann nur der vermittelte Zusammenhang über die personalen Bindungen in der Primärgruppe Familie, insbesondere zur Mutter, erkannt werden.

3.2. Motorischer Schaden und Bewegungsentwicklung

Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem motorischen Schaden für die Bewegungsentwicklung und das Bewegungsverhalten? Versteht man die körperliche Entwicklung und das Erlernen motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten als ein Teil des gesamten Entwicklungsprozesses, so soll zunächst danach gefragt werden, wie sich ein körperlicher Schaden beim altersgemäßen Erwerb motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten nachteilig bemerkbar macht:
Eine genaue Beobachtung und Diagnose unterschiedlicher Bewegungsentwicklung und unterschiedlichen Bewegungsverhaltens zu nichtbehinderten Kindern ist die Voraussetzung für eine gezielte Therapie.
Versteht man die motorische Entwicklung mit Schilling (1975) als einen Adaptionsprozeß des Organismus an die physikalischen Bedingungen der Umwelt (S. 23), so kommt der eigentliche Anstoß zur Bewegung und zur motorischen Entwicklung aus den Anreizen der Umwelt, sowie der aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt. Bestimmte Bewegungsmuster und Bewegungsabläufe sind dabei im frühen Stadium der Bewegungsentwicklung noch nicht vonnöten, sie sind insofern anfangs noch relativ beliebig, als nur die Einwirkungsmöglichkeit auf den von der Umwelt gesetzten Reiz möglich sein muß. (Jetter, 1975, S. 57)

Ein motorischer Entwicklungsrückstand kann nun auf zweifache Weise erworben werden:

1. der Beschränkung der Umweltreize,
2. der erschwerten Bedingungen zur Verarbeitung von Umweltreizen.

Wiegersma (1976) stellte beispielsweise fest, daß Kinder von Binnenschiffern, deren Bewegungsraum und Angebot an motorischen Umweltreizen sehr begrenzt sind, gegenüber Kindern aus Mittelschicht-Familien und sozioökonomisch Stärkeren ein niedrigeres psychomotorisches Leistungsniveau aufwiesen. (S. 119)
Während wir in diesem Falle milieu-spezifische Beschränkungen motorischer Entwicklung vorfinden, interessieren beim körperbehinderten Kind primär die schadensspezifischen Bedingungen zur Verarbeitung von motorischen Umweltreizen.

Eine Durchsicht der Literatur zu dieser Thematik macht es notwendig, auf folgendes hinzuweisen:
Es sollte sowohl zwischen angeborener und später erworbener Behinderung, als auch zwischen einer Gliedmaßenschädigung ohne Hirnschädigung und der Körperbehinderung, die durch Hirnschädigung verursacht ist, unterschieden werden.

> Kinder, die ihre Behinderung erst einige Zeit nach der Geburt, etwa mit zwei oder drei Jahren erwerben, haben wesentliche Bewegungserfahrungen schon gemacht (z.B. Sitzen, Kriechen, Stehen, Laufen), ihr Problem besteht darin, den körperlichen Schaden, der durch einen Unfall bedingt ist, psychisch zu verarbeiten. Kinder mit angeborener Körperbehinderung ohne Hirnschaden sind, etwa durch eine Verkürzung der Arme, wie sie bei Dysmelie-Kindern häufig anzutreffen ist, zunächst in ihrer Aktionsfähigkeit wesentlich beschränkt. Sie können allerdings sog. kompensatorische Bewegungen erlernen, indem sie etwa anstatt der Arme und Hände die Beine und Füße einsetzen. Es ist allerdings klar, daß die Möglichkeit zur Kompensation von Bewegungseinschränkungen, die nicht hirnorganisch bedingt sind, durch die Schwere des Schadens begrenzt ist.
> (vgl. Hagmeier, 1955, Kunert, 1974)

Dagegen ist es für cerebralgeschädigte Kinder i.a. nicht möglich, schadens-bedingte motorische Störungen entsprechend zu kompensieren. Vielmehr zeigt sich in vielen

Beispielen, daß das cerebralgeschädigte Kind einen motorischen Entwicklungsrückstand erwirbt, der sogar, auch wenn der hirnorganische Schaden konstant ist, bei Nichtbehandlung progressiv verlaufen kann. Dabei können die pathologischen Bewegungsmuster der betroffenen Körperteile sogar die gesunden Körperteile so beeinflussen,

daß die Bewegungsmöglichkeiten auch dieser Körperteile zusätzlich eingeschränkt werden. (Bobath, 1964)
Vorliegende Tabelle zeigt den Vergleich beim Erwerb von motorischen Fähigkeiten zwischen gesundem und cerebralgelähmtem Kind in den ersten 10 Monaten nach der Geburt.

Tabelle. Die sich allmählich entwickelnden Fähigkeiten

Gesundes Kind	Zerebral gelähmtes Kind
1. Unabhängige Bewegungen von Fingern und Zehen (bald nach der Geburt).	Allgemeine Bewegungsarmut; totale Beuge- und Strecksynergien.
2. Kopfkontrolle (gut etabliert mit 4 Monaten). Rumpf bedarf der Unterstützung, Kopf kontrolliert während Bewegung).	Mangel an Kopfkontrolle. Atmungs- und Fütterungsschwierigkeiten.
3. Symmetrie, Orientierung zur Mittellinie, Hände zusammen. Entdeckung der Hände, des Mundes, Auge-Hand-Erkennung, Hände zum Körper, zur Kleidung. Zieht, zupft, spielt mit einer Klapper (4 Monate).	Benutzt nur eine Hand, gewöhnlich die linke. Kopf zur Seite. Hände kommen nicht zusammen, keine oder nur eine Hand zum Mund oder Körper. Skoliose. Entwicklung einer Hüftsubluxation.
4. Streckung plus Abduktion von Armen und Beinen (Vorbereitung für Stehen und Balance. Vorwärtsgreifen mit bilateraler Streckung (6 Monate).	Adduktion und Innenrotation von Gliedern. Retrahierung von Hals und Schultern. Kein Vorwärtsgreifen der Arme. Asymmetrie, kein Landau-Reflex. Semibeugung von Armen und Beinen.
5. Stützen der Arme vorwärts (Sprungbereitschaft) Moro-Reflex negativ. Sitzen für kurze Zeit ohne Unterstützung. Bauchlage: Kopf hoch, auf Arme gestützt (6 Monate). Hebt Kopf in Rückenlage (5 Monate).	Keine Stützfunktion der Arme in Bauchlage oder im Sitzen. Moro-Reflex aktiv. Kann nicht ohne Hilfe sitzen. Kann Kopf in Rückenlage nicht heben.
6. Rotation innerhalb der Körperachse. Rollt in Bauch- und Rückenlage (6-7 Monate).	Keine Rotation. Kann sich nicht umwenden.
7. Gute Kontrolle des Rumpfes. Sitzt ohne Hilfe, wenn zum Sitzen verholfen. Stützfunktion der Arme zur Seite (7-8 Monate).	Fällt im Sitzen entweder zur Seite oder rückwärts.
8. Geht aus der Bauchlage zum Sitzen oder umgekehrt ohne Hilfe. Sitzbalance sehr gut. Kriecht auf dem Bauch liegend. Gute Rotation und Stützfunktion der Arme. (8 Monate)	Kann sich aus Bauchlage weder aufsetzen noch aus dem Sitzen zur Bauchlage zurückkehren. Keine Stützfunktion der Arme. Keine Rotation. Kein Sitzen ohne Hilfe.
9. Ein starker Landau-Reflex. Steht auf breiter Basis, Füße weit getrennt. Hebt ein Bein. Hält sich an Möbeln fest und geht seitwärts. Kriecht auf Handen und Knieen. Stützfunktion der Arme im Sitzen nach rückwärts. Sitzt und dreht sich im Sitzen. (9-10 Monate)	Kein Landau-Reflex. Keine Streckung mit Abduktion von Armen und Beinen zur Balance. Keine Armstützfunktion rückwärts. Kein Sitzen.

Quelle: Bobath, in
Matthiaß u.a., 1971, S. 158

3.3. Motorischer Schaden und kognitive Entwicklung

Arbeiten, die sich mit dem Zusammenhang zwischen motorischer und kognitiver Entwicklung befassen, basieren i.a. auf den Beobachtungen und theoretischen Erkenntnissen Piagets.
In Auseinandersetzung mit anderen Theorierichtungen der Entwicklungspsychologie deutet Piaget die Entwicklung der Intelligenz als einen bewußten Assimilationsprozeß. Die Intelligenz baut sich selber auf, nur ihre Funktionsgesetze sind im Aufbau des Organismus und seiner Assimilationstätigkeit angelegt. Es sind keine präformierten Strukturen, die die Intelligenz bestimmen, vielmehr werden solche Strukturen in ständiger Auseinandersetzung mit der Umwelt und in "stetiger Fühlungnahme mit der Erfahrung" aufgebaut. Schließlich wird der Erwerb von assimilatorischen Tätigkeiten, der einfachen Reflexorganisation bis zu komplexen Strukturen, nicht durch ein Abtasten über Versuch und Irrtum, sondern durch ein gezieltes Suchen gedeutet. (Piaget, 1969, S. 362 ff.)

Besondere Bedeutung bei der Intelligenzentwicklung mißt Piaget der Ausbildung und Funktion sensumotorischer (praktischer) Intelligenz innerhalb des Gesamtentwicklungsprozesses bei. Der Übergang von biologisch bedingten Funktionen des Handelns zur logischen Funktion der Operation wird durch den Begriff des Gleichgewichts und der Gleichgewichtserhaltung zwischen Subjekt und Umwelt erklärt.
In der Analyse sensumotorischer Intelligenz, deren Entwicklung und Ausprägung bis zum 18. Monat des Kindes weitgehend ausgebildet sein soll, bewirkt die Motorik eine Transformation des Wahrnehmungsfeldes: Die Bedeutung der Motorik für die kognitive Entwicklung besteht wesentlich darin, daß durch sie in Form von Transformationen - Ortsveränderungen und Zustandsveränderung von Objekten - auf die Umwelt eingewirkt werden kann.

Jetter (1975) leitet im Anschluß an Piaget aus dieser Bedeutung folgende Thesen für den Zusammenhang Motorik - Handlung - Kognition ab, durch welche für den Verlauf der kognitiven Entwicklung kindliches Handeln gewertet werden soll:

" 1. Während der sensumotorischen Entwicklung (sensu Piaget) sind Handeln und Kognition identisch (ohne Zeitverschiebung innerhalb der einzelnen Akte).

2. Während der voroperationellen Entwicklung (sensu Piaget) dient das Handeln der empirischen Kontrolle interiorisierter Akte und sichert damit zunehmend die Differenzierung semi-reversibler Teilstrukturen.

3. Mit dem Beginn des operationellen Denkens (sensu Piaget) hat das Handeln nur noch Werkzeug-Funktion, das keine Rückwirkung mehr auf die strukturelle Entwicklung hat, sondern ausschließlich auf die Inhalte der Kognition" (S. 58)

Die Übertragung der an dieser Stelle verkürzt dargestellten Zusammenhänge zwischen sensumotorischer und kognitiver Entwicklung kann für die Ursachen schlechterer kognitiver Fähigkeiten bei körperbehinderten Kindern wichtige Hinweise liefern.

Jetter (1974) stellt dazu folgende Überlegungen an:

"Körperbehinderten Kindern ist es oft nur schwer möglich, differenziert die Umwelt handelnd zu erfassen. Gewisse Assimilationsschemata können sie nicht eigenständig aufbauen und den sich ändernden Gegebenheiten anpassen. Sie nehmen die Objekte nur so wahr, wie sie ihnen manipulierbar an die Hand gegeben werden. Hinzu kommt, daß beim körperbehinderten Kind häufig der hierarchische Aufbau (d.h. das eigenständig zu erwerbende Nacheinander) der sensumotorischen Schemata nur bruchstückhaft erfolgen kann und die zu differenzierenden Außenreize daher beziehungslos nebeneinander stehen. Durch den fixierten Standpunkt eines stark gehbehinderten oder gehunfähigen Kindes kann möglicherweise die auch in der Normalentwicklung erst allmählich abnehmende Egozentrizität der Wahrnehmung aufrechterhalten werden. Dies kann beispielsweise Störungen der dreidimensionalen

> Wahrnehmung und der Raum-Lage-Schemata bewirken, ebenso wie eine mangelhafte Größenkonstanz. Auch mangelnde Kopfkontrolle kann zu perzeptiv-kognitiven Minderleistungen führen, weil Bewegungen des Körpers laufend mit solchen der Objekte interferieren. Denkbar sind auch Einflüsse auf die Entwicklung der Kausalitätswahrnehmung, der Wahrnehmung statischer Verteilungen usw."
> (S. 27/28)

Der Autor weist allerdings in diesem Zusammenhang mit Recht darauf hin, daß die "möglichen Auswirkungen sensumotorischer Störungen bislang nur hypothetisch faßbar" seien, da die zentralen Bedingungsfaktoren für die Störungen und spezifischen Ausfälle noch nicht bekannt sind (a.a.O., S. 28).

Die Cerebralparesen bilden auch hier eine besondere Problemgruppe: Die besonders niedrigen IQ-Werte bei dieser Gruppe der Körperbehinderten lassen zunächst darauf schließen, daß es sich hierbei um zusätzliche Intelligenzdefekte handelt, die hirnorganisch bedingt sind.
Schmidt (1972) sowie Steinhausen/Wefers (1977) unterstützen dagegen Jetters Befunde, daß nämlich die Auswirkungen einer funktionellen Defizienz (Cerebralparese) auf die kognitive Entwicklung wesentlich stärker zu veranschlagen sei als die einer nicht cerebral bedingten motorischen Defizienz.

3.4. Motorischer Schaden und sein Einfluß auf das Sozialsystem Familie

Neben der Fragestellung, inwieweit durch den körperlichen Schaden Entwicklungsmöglichkeiten und -bedingungen des körperbehinderten Kindes direkt beschränkt oder verändert werden können, ist für die Erklärung personaler und sozialer Probleme des körperbehinderten Kindes bedeutsam, wie es in der frühkindlichen Entwicklungsphase von der Umgebung angenommen und gefördert wird.

Es gehört zu den gesicherten Erkenntnissen der Sozialisationsforschung, daß die Art und Weise der Beziehungen zu den primären Interaktionspartner in den ersten Kindheitsjahren entscheidenden Einfluß auf die Persönlichkeitsbildung und die Sozialwerdung des Kindes haben. Die Sozialisationsinstanz "Familie", d.h. Mutter, Vater und Geschwister, bilden dabei jene Primärgruppe, von der das Kleinkind zunächst vollkommen abhängig ist; da das Kind zunächst kaum in Berührung mit anderen Menschen kommt, ist es zunächst vollkommen an das Verhalten, z.B. die Art und Weise der Zuwendung, das Erziehungsverhalten, der Verhaltensorientierungen etc. der Familienmitglieder gebunden. Aus den unzähligen Beispielen schichtenspezifischer Sozialisationsforschung ist bekannt, daß unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen und -zielen, wie sie sich v.a. zwischen Mittel- und Unterschichten dokumentieren, besondere Bedeutung für unterschiedliche Lebensläufe zukommt.

Welchen Einfluß hat nun der Körperschaden auf das Sozialsystem Familie? Wie wirkt sich eine mögliche Beeinflussung durch den Körperschaden auf das Verhalten der einzelnen Familienmitglieder wiederum auf Sozialisation und Verhalten des körperbehinderten Kindes aus? (1)

Es kann nun an dieser Stelle allerdings keine umfassende Untersuchung in der Art geleistet werden, daß die "sozialisationsrelevanten Systemeigenschaften" (Neidhardt) in ihrer Besonderheit bei Familien mit körperbehinderten Kindern einzeln analysiert werden; es muß genügen, auf den entscheidenden Sachverhalt hinzuweisen, daß nämlich durch das Prinzip der Interdependenz die Systemmitglieder der Familie "derart voneinander abhängig sind, daß Veränderungen im Verhalten eines von ihnen Veränderungen im Verhalten der anderen auslösen" (Neidhardt, 1979,S.164).

---

1) Vgl. hierzu Neidhardt, F. (1979), welcher ein systemtheoretisches Modell einer soziologischen Familientheorie entwickelt.

Es soll sich dabei auf jene Argumentationskette gestützt werden, die besagt, daß der Körperschaden als Stigma (also negativ definiertes Merkmal) bei den Familienmitgliedern - hier insbesondere bei der zunächst wichtigsten Bezugsperson, der Mutter - besondere Verhaltensweisen auslöst, die wiederum beim körperbehinderten Kind verhaltenswirksam werden.

Besonders starke Beachtung verdient hierbei die für das Kleinkind innerhalb der Familie wichtigste Bezugsperson, die Mutter. Die emotionale Labilität, die Abweichungen im Sozial- und Leistungsverhalten körperbehinderter Kinder lassen darauf schließen, daß die Reaktionen der Eltern auf den körperlichen Schaden sowie die Verarbeitung des Problems, kein "normales" Kind geboren zu haben und aufziehen zu müssen, sich in einem inadäquaten, das behinderte Kind zusätzlich einschränkenden, Verhalten, etwa beim emotionalen Kontakt oder bei der Erziehung, niederschlagen. Dazu sollen an dieser Stelle rel. Ergebnisse einiger Arbeiten zitiert werden:

Sehr genau untersuchten Strasser u.a. (1968) die Elternreaktionen von körperbehinderten Kindern, nachdem diese von der Geburt eines mißgebildeten Kindes erfuhren. (Allerdings beschränkten sie ihre Untersuchung auf die Befragung von Müttern gliedmaßenfehlgebildeter Kinder, so daß die Ergebnisse dadurch nur eine begrenzte Aussagefähigkeit haben.)

Im allgemeinen wußten die Eltern nicht, daß ihr Kind einen körperlichen Schaden von Geburt an haben würde. Auffallend war die bei rund 90 % der Mütter festzustellende schwere Schockreaktion, sowie sie vom körperlichen Schaden des Neugeborenen erfuhren oder dieser für sie sichtbar wurde. Diese erste Schockreaktion, auch als "dissoziative Reaktionsphase" bezeichnet, äußerte sich zunächst in Erstarrung oder Desintegration der Mutter; später wird diese erste Reaktion durch andere

Formen des ablehnenden Verhaltens, v.a. der Auflehnung, Trauer und Bewußtseinseinschränkung, abgelöst.
Sehr oft wurde geäußert, daß in dieser ersten Phase der Wunsch nach eigenem als auch dem Tod des Kindes auftauchte (ca. 50 %). Oft wurden auch bestimmte Formen "narzistischer Kränkung" oder Schuldgefühle bei den betroffenen Müttern festgestellt.
Die Autoren berichten, daß der Schockzustand i.a. überraschend lange andauerte: Bei über der Hälfte der Mütter länger als 6 Monate, bei nur einem Viertel 3 Monate oder weniger.
Jansen (1973) berichtet im Zusammenhang einer später durchgeführten Befragung, daß sich seine Ergebnisse mit denen von Strasser u.a. durchaus deckten.
Weiter führt Jansen aus, daß der Schockzustand häufig noch zusätzlich die biologischen Funktionen der Mutter (z.B. die Laktation) negativ beeinflußten.

Nach Abklingen des Schockzustandes kommt es nun zu sehr verschiedenen Anpassungsformen der Mutter an die bestehende Situation. Dabei reicht das Verhalten von einer überstarken emotionalen Bindung bis zu einer starken Ablehnung. Auffallend ist dabei, daß nur wenigen der befragten Mütter eine bewußte Auseinandersetzung mit der motorischen Schädigung des Kindes gelang, die "einzige Verarbeitungstechnik, die eine weitergehende Assimilierung der Behinderung zuwege bringt." (Strasser u.a. S. 19)

Besondere Probleme treten offensichtlich bei dem als für die soziale Entwicklung eines jeden Kindes wichtigen vorurteilsfreien emotionalen Verhältnisses der Mutter zu ihrem Kind auf, Die erste, relativ einheitliche Reaktion von Müttern motorisch geschädigter Kinder als auch zusätzliche, vorausgehende Bedingungen, z.B. die hohe Anzahl nichterwünschter Schwangerschaften bei Müttern körperbehinderter Kinder (1) als auch die

1) Jansen (1973) berichtet von 38 - 48 % aller befragten Mütter

häufig anormale Schwangerschaftsdauer, lassen es wahrscheinlich erscheinen, daß eine positive emotionale Beziehung zwischen dem körperbehinderten Kind und der Mutter kaum entstehen kann.
Kunert (1974) beschreibt diesen Vorgang folgendermaßen:

> "Das körperbehinderte Kind erlebt in den ersten Wochen eine Mutter, die durch ihr Leid tief getroffen ist und die vielfach erst geraume Zeit braucht, eine Mutter-Kind-Beziehung herzustellen. Es erlebt vielfach auch den Vater und die übrigen Familienmitglieder nicht in spontaner Zuwendung. Es wächst vielmehr auf unter den Blicken der Mutlosigkeit und Verzagtheit, des Mitleids oder der Ablehnung. Die Annäherung und Auseinandersetzung mit anderen Kindern unterbleibt ganz, oder sie steht unter einem ähnlichen Zeichen wie die Kontaktaufnahme zu den Erwachsenen.
> Es erlebt selten oder nie, daß es spontan und selbstverständlich aufgenommen wird. Die wirkliche Liebe zu ihrem körperbehinderten Kind entwickelt sich infolge der Schockwirkung, ungerechtfertigter Schuldgefühle, des Grübelns um die Ursache bei vielen Eltern erst allmählich und in Bezug auf die biologisch - psychologische Bedeutsamkeit für das Kind verspätet." (S. 35)

An dieser Stelle ist es notwendig, auf die von Jansen (1973) getroffene Differenzierung der Reaktionen auf bei der Geburt sichtbaren bzw. nicht sichtbaren körperlichen Schäden hinzuweisen. Der anfangs nicht sichtbare Schaden, i.a. cerebral bedingt, macht sich nämlich erst nach einiger Zeit bemerkbar, etwa wenn das Kind altersgemäße motorische Fortschritte nicht vollziehen kann.

> "Anders sehen die Verhältnisse bei zerebralparetischen Kindern aus: Die Eltern sind zunächst der Ansicht, ein völlig gesund geborenes Kind zu haben. Dies gilt auch dann, wenn ihnen nach der Geburt gesagt wird, daß das Kind einen Schaden erlitten haben könnte. Der Schaden ist in den ersten Wochen und Monaten so wenig auffällig, daß die Eltern ihn im Sinne ihrer Wunschvorstellung meist völlig übersehen. Erst dann, wenn andere,

> nichtbehinderte Kinder im gleichen Alter deutliche motorische Fortschritte machen, wird den Eltern eines zerebralparetischen Kindes immer mehr bewußt, daß die Entwicklung ihres Kindes doch anders verläuft. Und nun setzt ein circulus vitiosus ein, der bei vielen zerebralparetischen Kindern die Grundlage für das Entstehen von Fehlentwicklungen bedeutet: Während Eltern nichtbehinderter Kinder durch die Entwicklungsfortschritte ihres Kindes immer neue Anreize bekommen, sich dem Kind zuzuwenden, bleiben diese Anreize für die Eltern von Kindern mit zerebraler Bewegungsstörung vielfach aus. Sie lassen dadurch in ihren Bemühungen um das Kind mehr oder weniger stark nach, wodurch dem Kind wiederum eine Fülle von Anreizen und Verstärkungen verloren geht. Es kommt also auf beiden Seiten zu immer geringeren Aktivitäten, eigentlich mögliche Entwicklungsfortschritte können dadurch sogar unterdrückt werden."
> (Jansen, a.a.O., 1973, S. 205)

Auch in der Erziehung, d.h. in der intendierten Verhaltenssicherung werden Probleme sichtbar, die spätere Verhaltensabweichungen körperbehinderter Kinder erklärbar werden lassen.
Für die Eltern körperbehinderter Kinder gestaltet sich die Frage nach geeigneter Erziehung aus mehrerlei Hinsicht als besonders schwer lösbar:
Zum einen fehlt es ihnen i.a. an ausreichenden Informationen über die Probleme, welche ein körperbehindertes Kind beim Erlernen allgemein üblicher und erwünschter Verhaltensweisen zu bewältigen hat, zum anderen gibt es so gut wie keine Beispiele geeigneter Erziehungspraktiken. Gibt es nämlich für gesunde Kinder allgemeine Erziehungsnormen und -richtlinien, reagieren v.a. gesunde Kinder auf Erziehungsmaßnahmen, werden sie nur einigermaßen konsequent durchgeführt (z.B. Erziehung zur Reinlichkeit, Eßmanieren, Beachtung von Verboten etc.) in erwünschter Weise, so sind die Erziehungspraktiken der Eltern körperbehinderter Kinder häufig von Unsicherheit geprägt, etwa dahingehend, was dem Kind zugemutet werden darf und was es überfordert oder unterfordert etc. (vgl. etwa Kunert, 1974, S. 36)

Während bei den Eltern schwerer behinderter Kinder häufig eine eher resignierende oder eine übermäßig beschützende Haltung gegenüber dem Kind festzustellen ist, wobei mögliche Anforderungen von dem Kind nicht selten ferngehalten werden, sind leichter behinderte Kinder sehr oft dadurch gefährdet, daß die Grenze zur Überforderung überschritten wird; sowohl Unkenntnis um die Leistungsfähigkeit des Kindes als auch die Einstellung, gerade das behinderte Kind müsse frühzeitig hart gefordert werden, "damit es später auch etwas leisten könne", werden als Begründung für derartiges Erziehungsverhalten genannt. (Vgl. Jansen, 1973, S. 206/207)

I.a. aber gleicht das Erziehungsverhalten der Eltern behinderter Kinder, was die Ansprüche betrifft, dem der Eltern gesunder Kinder; v.a. im Strafverhalten, d.h. in Quantität und Qualität von Sanktionen besteht weitgehend Übereinstimmung. (1)

Ein an den Erziehungsnormen bei gesunden Kindern ausgerichtetes Erziehungsverhalten gegenüber körperbehinderten Kindern ist aber äußerst problematisch:
Ein körperbehindertes Kind, das häufig ein gefordertes Verhalten nicht realisieren kann, wird deshalb voraussichtlich vermehrt bestraft werden. Zudem wird es die Strafmaßnahmen mehr und mehr auf die körperlichen Nachteile beziehen, für das es nichts kann.

---

1) Jansen berichtet, daß 90 % der Mütter körperbehinderter Kinder zum Mittel der körperlichen Züchtigung greifen, 75 % mit Liebesentzug strafen, 60 % mit Eigentumsentzug und Freiheitsentzug (a.a.O., S. 206)

Die Beziehungen zwischen den primären Bezugspersonen, der Familie des körperbehinderten Kindes und dem behinderten Kind sind zusammenfassend durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- der häufig gestörten Mutter-Kind-Beziehung
- den andersartigen Auswirkungen "normgerechter" Erziehungsmaßnahmen
- der häufigen Überforderung oder Unterforderung.

In solchen Faktoren können die Ursachen zur Entwicklung abweichender Verhaltensformen gründen, wie sie bei körperbehinderten Kindern häufig beobachtet werden:

1. Die durch die Schockreaktion nach der Geburt bewirkte fehlende bedingungslose Zuwendung und die Unsicherheit im Verhalten gegenüber dem körperbehinderten Kind löst im Kleinkind ein ähnliches Verhalten aus, welches mit großer Sicherheit das ganze Leben lang als Verhaltensstörung beibehalten wird.
   Daß ein solcher Zusammenhang durchaus angenommen werden kann, zeigen u.a. Untersuchungsergebnisse von Thalmann (1974), der folgende Hypothesen weitgehend bestätigt fand:
   - Das emotionale Klima, das ein Kind in den ersten Lebensjahren umgibt, prägt seine Persönlichkeitsentwicklung entscheidend.
   - Sowohl direkte Verhaltensweisen als auch Einstellungen der Eltern dem Kind gegenüber beeinflussen seine psychische Entwicklung. Einstellungen wirken dabei stärker, da das Kind sie durch das Verhalten der Eltern hindurchspürt.
2. Fehlende Entwicklungsanreize, die i.w. in den in der näheren Umwelt bereitgestellten Möglichkeiten vorliegen, und die sich vor allem auch durch Interaktionen mit den primären Bezugspersonen ergeben, schränken den Erfahrungserwerb und damit die intellektuelle Entwicklung ein.

3. "Normales" Erziehungsverhalten von Eltern körperbehinderter Kinder bedeutet, daß ein entwicklungsgemäßes Verhalten von den Kindern gefordert wird. Das an den Möglichkeiten gesunder Kinder ausgerichtete Erziehungsverhalten überfordert körperbehinderte Kinder häufig, sie werden häufiger gestraft. Diese, für leichter behinderte Kinder zutreffende Situation, wirkt sich auf das Sozialverhalten, die Verhaltensorientierung, als auch auf das Leistungsverhalten der körperbehinderten Kinder negativ aus.

4. "Behindertenspezifisches" Erziehungsverhalten bedeutet, daß von den Eltern häufig mögliche und notwendige Anreize und Anforderungen ferngehalten werden ("overprotection"), so daß körperbehinderte Kinder, die ein gewisses Maß an Selbständigkeit erlangen könnten, deshalb in absoluter Abhängigkeit der Bezugspersonen bleiben. Diese Situation trifft i.a. auf schwerer geschädigte Kinder zu. (1)

3.5. Zusammenfassung

Die, wenn auch notwendigerweise sehr summarische, Diskussion besonderer Bedingungen primärer Sozialisation bei körperbehinderten Kindern zeigt, wie verschieden die sozialen Ausgangsbedingungen sowohl zwischen Körperbehinderten und Nichtbehinderten, als auch bei den Körperbehinderten untereinander sein können.

Bisherige Forschungserkenntnisse scheinen zu belegen, daß der motorische Schaden nicht nur die körperlichen Fähigkeiten, sondern zusätzlich i.a. auch andere, etwa kognitive, Fähigkeiten, nachhaltig beschränken kann.

---

1) Zur Auswirkung des elterlichen Erziehungsverhaltens auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder: O.g. mögliche Zusammenhänge werden verständlich und einsehbar im Lichte von Ergebnissen, wie sie z.B. Tausch/Tausch (1973) zitieren und diskutieren.

Neben genetisch oder hirnorganisch bedingten zusätzlichen Schädigungen müssen deswegen die "somatogenen Entwicklungshemmungen" bei körperbehinderten Kindern besonders beachtet werden.
Auffallendes und abweichendes Verhalten wird dagegen in den meisten Fällen auf das Fehlverhalten der primären Bezugspersonen zurückgeführt, wobei den Primärreaktionen auf die Geburt des körperbehinderten Kindes, der oft nicht unvoreingenommenen emotionalen Zuwendung sowie dem inadäquaten Erziehungsverhalten der Eltern, besonders der Mütter, besondere Bedeutung zugemessen werden muß.

Allerdings sind Aussagen, die die besonderen Bedingungen primärer Sozialisation bei körperbehinderten Kindern verallgemeinern, aus verschiedenen Gründen, die hier nochmals zusammengefaßt werden sollen, sehr kritisch zu beurteilen:
Zunächst ist es sehr problematisch, von der Körperbehinderung zu sprechen, sind doch die Ausprägungsgrade und -formen zu verschieden, als daß Aussagen zum Entwicklungsprozeß und zur familialen Situation zu vereinheitlichen wären. V.a. folgende Differenzierungen scheinen mir notwendig zu sein, um eine sinnvolle Beurteilung der besonderen Ausgangsbedingungen körperbehinderter Kinder zu ermöglichen:

1. Unterschieden werden muß zwischen Körperbehinderungen, deren Schaden cerebral bedingt ist und solchen, deren Schaden sich auf eine Gliedmaßenfehlbildung beschränkt. Im ersten Fall ist zumeist der körperliche Schaden bei der Geburt nicht sichtbar, er macht sich erst nach und nach beim Aufbau sog. pathologischer Bewegungsmuster bemerkbar. Der Aufbau solcher Bewegungsmuster bewirkt häufig eine progressiv verlaufende Behinderung, die neben der Einschränkung motorischer Fähigkeiten insbesondere auch den Aufbau kognitiver Fähigkeiten behindert.

Dagegen können gliedmaßenfehlgebildete Kinder dadurch, daß die cerebrale Steuerung der Motorik erhalten bleibt, in Umgehung des Schadens- zwar unter erschwerten Bedingungen - motorische, und damit auch kognitive Erfahrungen erwerben, die es ihnen ermöglichen, innerhalb des primären Sozialisationsvorganges eine annähernd ähnliche Entwicklung zu finden, wie es nichtbehinderten Kindern möglich ist. Die Auswirkung des körperlichen Schadens kann damit, im Gegensatz zu den cerebralgeschädigten Kindern, gebremst werden.

2. Die für die Eltern von Geburt an gliedmaßenfehlgebildeter Kinder (Dysmelie-, "Contergan"-Kinder) typische Reaktion, der andauernde Schockzustand, kann für die Eltern cerebralgeschädigter Kinder nur dann zutreffen, wenn der Schaden von Geburt an sichtbar ist. I.a. wird der cerebrale Schaden erst im Verlauf nicht altersgemäßer motorischer Entwicklung sichtbar, wodurch die besonderen Beziehungen zwischen Mutter und cerebral geschädigtem Kind sich erst nach einer gewissen Zeit ergeben, dann nämlich, wenn der Schaden sich bemerkbar macht.

3. Auch zwischen der Ausgangssituation leichter und schwerer geschädigter Kinder sollte unterschieden werden. Dies betrifft insbesondere die Erziehungssituation. Wird für die schwerer behinderten Kinder immer wieder das überbeschützende, übervorsichtige Verhalten der Eltern festgestellt, so ist bei den Eltern leichter behinderter Kinder häufig das überfordernde Erziehungsverhalten zu beobachten, was bei diesen Kindern, folgt man den Ausführungen der verschiedenen Autoren, in besonders auffälliger Weise zu Störungen in verschiedenen Verhaltungsbereichen führen soll.

Bei alledem sollte noch berücksichtigt werden, daß das Verhalten der Eltern gegenüber dem körperbehinderten Kind mehr durch Unsicherheit als durch konsequente Durchsetzungsfähigkeit gültiger Erziehungsnormen und -ziele gekennzeichnet ist. Auch hier wird ein Zusammenhang zu der beim körperbehinderten Kind häufig festzustellenden Verhaltensunsicherheit als einer überdauernden Verhaltensdisposition gesehen.

4. Besondere Bedingungen sekundärer Sozialisation bei körperbehinderten Kindern

Im vorhergehenden Abschnitt wurden die Probleme skizziert, die die Lage des körperbehinderten Kindes von frühester Kindheit an kennzeichnen. Dabei wurden die beschränkten Entwicklungsmöglichkeiten sowie die besondere Erziehungssituation des körperbehinderten Kindes zunächst abgetrennt von ihrer sozialen Relevanz für das weitere Leben des Kindes beschrieben. Auch wurde das Verhalten der Eltern als primäre Bezugspersonen nur in bezug auf das körperbehinderte Kind beschrieben, ohne danach zu fragen, warum, beispielsweise beim gliedmaßengeschädigten Kind, die Ablehnung in derartig auffallenden Reaktionen wie dem langandauernden Schockzustand gezeigt wird.
Die häufig beschriebenen besonderen Reaktionen der Eltern auf den Körperschaden des Kindes lassen vermuten, daß diese gesellschaftlich verbindliche Vorstellungen über das Aussehen und das Verhalten eines Kindes internalisiert haben und tief betroffen davon sind, daß ihr eigenes Kind von der Norm erheblich abweicht. Nun sind sie aber gezwungen, sich auf irgendeine Weise mit der Situation auseinanderzusetzen, das Leben auf die besonderen Bedürfnisse und Anforderungen, die ein körperbehindertes Kind zwangsläufig stellt, einzurichten. Dies geschieht, wie oben beschrieben, durchaus in unterschiedlicher Form, v.a. auch deshalb, weil Informationen und Beispiele fehlen, wie man sich einem körperbehinderten Kind gegenüber verhalten soll, welche Erziehungsmaßnahmen geeignet sind, wie das Kind am besten zu fördern ist. Auch wenn die emotionale Zuwendung i.a. nicht bedingungslos und unvoreingenommen ist, so findet das körperbehinderte Kind doch Bezugspersonen vor, die sich regelmäßig um es kümmern.

Innerhalb der Phase des sekundären Sozialisationsprozesses, in der ein Kind i.a. aus dem engen Kreis der

familialen Bezugspersonen heraustritt, ist das körperbehinderte Kind in besonderem Maße auf Verständnis und Hilfe der neuen Bezugspersonen in der Umwelt angewiesen.

Innerhalb des sekundären Sozialisationsprozesses, in der auf der Grundlage allgemeiner Handlungsfähigkeit spezifische soziale Rollen gelernt werden, sind die Lebenschancen des körperbehinderten Kindes nun in besonderem Maße davon abhängig, welche Möglichkeiten die Gesellschaft bereitstellt, durch die das körperbehinderte Kind über eine geeignete schulische Förderung und Berufsausbildung einen der Behinderung angemessenen Beruf findet, der eine selbständige Existenzsicherung möglich macht.
Sowohl die Form und der Umfang entsprechender Maßnahmen als auch das Verhalten im direkten Kontakt mit Körperbehinderten weisen auf die Fragestellung hin, wie die Gesellschaft als Gesamtheit gegenüber Körperbehinderten eingestellt ist, inwieweit diese bereit ist, bestehende soziale Wertmaßstäbe, durch die Körperbehinderte in ihren Lebensbedingungen und -möglichkeiten neben dem körperlichen Schaden und den unzureichenden Bedingungen primärer Sozialisation zusätzlich eingeschränkt werden, zu revidieren.

4.1. Gesellschaftliche Einstellungen gegenüber Körperbehinderten und mögliche Interaktionsformen

In einer Repräsentativerhebung auf Bundesebene, die von der Forschungsgemeinschaft "Das körperbehinderte Kind" durchgeführt wurde, wurden folgende Behauptungen, die von den Forschern im Zusammenhang mit Körperbehinderten aufgestellt wurden, von einem hohen Prozentsatz der befragten Personen bejaht:

- Viele Leute wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen, wenn sie ein körperbehindertes Kind sehen.
- Vielen Leuten ist es unangenehm, ein körperbehindertes Kind anzuschauen.
- Durch die Geburt eines körperbehinderten Kindes sind schon manche Ehen in die Brüche gegangen.
- Es gibt Leute, die sich vor körperbehinderten Kindern ekeln.
- Körperbehinderte Menschen sind oft abartig veranlagt.
- Viele Leute glauben, daß körperbehinderte Menschen oft irgendwie besessen sind.

(vgl. Jansen, 1972)

Entsprechend werden auch die Möglichkeiten beurteilt, mit Körperbehinderten zu interagieren: (1)

Durch die Arbeit von Jansen wurden Untersuchungsergebnisse einer früheren, im Auftrag von Infra-Test durchgeführten Befragung (1963) weitgehend bestätigt. (Die Ergebnisse werden in der Arbeit von Strasser u.a. 1968 referiert und diskutiert.)

Jansen beurteilt im Rahmen seiner Arbeit die Einstellungssituation der Gesellschaft gegenüber Körperbehinderten folgendermaßen:

"- Die Öffentlichkeit ist weitgehend uninformiert über die Situation Körperbehinderter.
- In der Einstellung zu Körperbehinderten spielt die affektive Komponente eine entscheidende Rolle.

---

1) 90 % wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen.
73 % würden sich für eine Abtreibung entscheiden, wüßten sie, daß sie ein körperbehindertes Kind auf die Welt setzen würden.
73 % würden das Kleinkind nicht unbedingt am Leben erhalten.
63 % würden das Kind in ein Heim abschieben.
56 % lehnen eine Hausgemeinschaft mit einem körperbehinderten Kind ab.
(Vgl. Jansen, a.a.O.)

Das äußere Erscheinungsbkld vieler Körperbehinderter ist für die Mehrzahl der Nichtbehinderten abscheuerregend und abstoßend.

- Ebenfalls bedeutsam ist die Aktions- und Handlungskomponente; in ihr zeigen sich vorwiegend Tendenzen, die Körperbehinderten zu isolieren oder zumindest einer Begegnung aus dem Wege zu gehen. Nur selten beinhaltet die Aktionskomponente die Tendenz, auf den Körperbehinderten zuzugehen, ihm persönlich zu helfen.
- Die kognitive Komponente beinhaltet im wesentlichen Rationalisierungsmechanismen. Diese sind ebenfalls bipolar: entweder werden Beeinträchtigungen durch die Körperbehinderung geleugnet, es werden vielmehr den Körperbehinderten noch besondere Begabungen zugeschrieben, oder es wird dem Körperbehinderten eine Vielzahl von negativen Persönlichkeitseigenschaften nachgesagt. In beiden Fällen dienen die Rationalisierungsmechanismen der Entlastung.
- Die Entlastung ist notwendig, da der Nichtbehinderte in der Begegnung mit den Körperbehinderten bis an die Grenze der Verhaltenssteuerung verunsichert werden kann. Er läuft Gefahr, seine persönliche Integrität zu verlieren." (Jansen, a.a.O., 1972, S. 124)

Das Urteil über Körperbehinderte beruht allerdings bei den wenigsten der befragten Personen auf persönlichen Erfahrungen, ihnen liegen in der Regel Meinungen und Vorurteile über Körperbehinderte zugrunde, wie sie im Zusammenhang mit Behinderten allgemein im Umlauf sind. Allerdings zeigen Untersuchungen über das Elternverhalten, daß derartige Einstellungsmuster recht verfestigt scheinen und in der möglichen Kontakt- oder Interaktionssituation zwischen Nichtbehinderten und Körperbehinderten sozial relevant sein dürften.

Es kann auch angenommen werden, daß der elterliche Rückzug sowie das Versteckthalten des Kindes gegenüber der Nachbarschaft, ein nach Klee (1974) häufig zu beobachtendes Verhalten, aus den allgemeinen Einstellungen gegenüber dem behinderten Kind resultieren dürften.

Nun ist allerdings aus der Befragung einer Einstellung gegenüber Körperbehinderten nur zunächst auf ein mögliches ablehnendes Verhalten zu schließen. Empirisches Material über die tatsächlichen Interaktionsmuster basiert zumeist auf Autobiographien von Betroffenen; eine ideale Untersuchungsmethode wäre dagegen, um Seywald zu zitieren, einen repräsentativen Querschnitt von physisch Abweichenden teilnehmend zu beobachten, um die typischen Interaktionsmuster zwischen ihnen und den "Normalen" herauszuarbeiten. (vgl. Seywald, 1976,S.15) Sowohl das Fehlen entsprechender Arbeiten als auch der Zeitpunkt verfügbarer Untersuchungen zu den Einstellungen, sie liegen teilweise mehr als 10 Jahre zurück, problematisieren Aussagen zu einem allgemeinen Verhalten gegenüber Körperbehinderten erheblich.
Trotzdem soll an dieser Stelle eine Zusammenstellung möglicher Verhaltensmuster gegenüber Körperbehinderten versucht werden:

1) Das Erschrecken:
   Eine Reaktion des Erschreckens könnte folgendermaßen verursacht sein: Das unerwartete Zusammentreffen mit einem Körperbehinderten, wobei mangelnde Informationen und Kenntnisse über Körperbehinderte auslösend und verstärkend wirken könnten. Diese Reaktion kann mit Jansen (1972) als eine "primäre Affekthandlung" verstanden werden.

2) Die Ablehnung:
   Diese Haltung würde aus der durch Vorurteile gebildeten negativen Einstellung resultieren. Dabei bestimmt das Vorurteil derart stark das Verhalten, das dadurch sogar Normen des sozialen Zusammenlebens (etwa gegenseitige Achtung und Anerkennung) mißachtet und übertreten werden.

3) Das Nichtbeachten und Übergehen der körperlichen Entstellung, die Scheinakzeptierung:
   Es wird so getan, als wäre die körperliche Entstellung, die dem Nichtbehinderten Interaktionspartner die

wichtigste Information über das Anderssein des Körperbehinderten gibt, nicht vorhanden. Die Verhaltensunsicherheit wird dadurch überdeckt, daß der Körperschaden als irrelevant übergangen wird.
Seywald (a.a.O.) diskutiert in diesem Zusammenhang ausführlicher die Bedeutung einer "Irrelevanzregel" in der Interaktionssituation zwischen einem Körperbehinderten und einem Nichtbehinderten:

> "diskriminierendes Verhalten, das aufgrund der Generalisierungstendenz zu erwarten wäre, wird von den die Irrelevanzregel Befolgenden unterdrückt, d.h. es kommt zum Phänomen der "Scheinakzeptierung". So tun, als ob am physisch Abweichenden nichts auffällig sei, bewirkt starke Interaktionsspannungen, abhängig vom Grad der Aufdringlichkeit des angeblich irrelevanten Merkmals in der jeweiligen Situation, und kann damit den Wunsch nach Kontaktvermeidung nach sich ziehen. Die Existenz einer Irrelevanzregel ist aber selbst nur ein Indiz einer ambivalenten Haltung: Peinlichkeit wird nicht dadurch bewirkt, daß bestimmte Phänomene offiziell irrelevant sind, sondern umgekehrt: bestimmte Phänomene sind offiziell irrelevant, w e i l (Seywald) ihre Existenz für die Gesellschaft peinlich ist." (S. 137)

4) Übertriebenes Hilfeverhalten/ Mitleid als überformte Reaktion
Derartiges Verhalten scheint mir wesentlich durch eine bestimmte Behandlung des Körperbehinderten-Problems in der Öffentlichkeit hervorgerufen. Hinter solchem Verhalten läßt sich einerseits jedoch die Bereitschaft vermuten, dem Behinderten beizustehen, andererseits steht dahinter die geringe Erfahrung im Umgang mit Behinderten, die häufig eine übertriebene Hilfestellung und Mitleid als Kennzeichen von Unselbständigkeit ihrerseits ablehnen.

5) "Sachliches" und exploratives Verhalten
Sachlichkeit im Umgang mit Körperbehinderten meint das "Fehlen von Einstellungen, die eine realitätsgerechte Auseinandersetzung mit der physischen Abweichung verhindern" (Seywald, a.a.O., S. 100).

Sachliches Verhalten im Umgang mit Körperbehinderten hat das Problem des körperlichen Schadens sowohl informativ als auch in konkreten Erfahrungen verarbeitet; eine daraus resultierende Einstellung nimmt die Körperbehinderung als etwas gegebenes in der Interaktionssituation, was beachtet werden muß, aber nicht überbewertet werden darf.
Bedeutsam für eine sachliche Einstellung scheint nach Strasser (a.a.O.) das bei Kindern häufig gegenüber körperbehinderten Kindern zu beobachtende "explorative" Verhalten; durch Beobachtungen und Fragen wird die aus der körperlichen Schädigung resultierende Funktionsbeeinträchtigung erforscht und dadurch eine Anpassung an die besondere Situation möglich.

Daß Körperbehinderte im Umgang mit Nichtbehinderten in der Regel einer besonderen Situation ausgesetzt sind, ist anzunehmen. (Vgl. hierzu auch die vielen autobiographischen Zitate bei Goffman, 1975)
Interessant wäre nun, welches Verhalten gegenüber Körperbehinderten bevorzugt wird, durch welche Maßnahmen inadäquates Verhalten, wie es ja auch bei den Eltern körperbehinderter Kinder häufig anzutreffen ist, durch ein Verhalten abgelöst wird, daß den Körperbehinderten mit allen seinen Mängeln als Mitmenschen akzeptiert.

Eine nicht geringe Bedeutung erlangt aber auch der Umstand, wie ein Körperbehinderter auf das Interaktionsangebot eines Nichtbehinderten eingeht. Durch sein Verhalten selbst kann nämlich der Körperbehinderte generalisierte negative Vorstellungen über seine Person aufbrechen und damit entscheidend zum Gelingen von Interaktionen beitragen.

"Wenn das stigmatisierte Individuum merkt, daß die Normalen es schwierig finden, seinen Fehler zu ignorieren, sollte es versuchen, ihnen und der sozialen Situation durch überlegte Bemühungen, die Spannung zu reduzieren, behilflich zu sein." (Goffman, 1975, S. 145)

4.2. Die Beziehungen zwischen körperbehinderten Kindern und nichtbehinderten Kindern

Im vorhergehenden Abschnitt wurde gezeigt, wie sich allgemeine Einstellungsmuster, die gegenüber Körperbehinderten in der Gesellschaft bestehen, möglicherweise in Kontakt- oder Interaktionssituationen auswirken können. Die Annahmen über bestimmte Verhaltensweisen gegenüber Körperbehinderten sind dabei mehr oder weniger spekulativ, da entsprechende Untersuchungen, in denen solche Interaktionssituationen beobachtet wurden, bisher fehlen. Arbeiten, die typische Interaktionsmuster zwischen Körperbehinderten und Nichtbehinderten thematisieren, basieren zumeist auf Angaben von persönlich betroffenen Körperbehinderten. (1)
Unser besonderes Interesse gilt - im Kontext der empirischen Untersuchung - der Frage, ob und wenn, wie schon die Beziehungen zwischen körperbehinderten Kindern und nichtbehinderten Kindern vorbelastet sind, oder ob Kinder, werden Kontakte und Interaktionen möglich, sich voraussichtlich anders verhalten würden als Erwachsene, deren Meinungs- und Einstellungsmuster durch Vorurteile schon weitgehend verfestigt sind. Untersuchungen zum sozialen Bezug nichtbehinderter zu körperbehinderten Kindern sind vorwiegend auf bestimmte Behinderungsformen, etwa Blindheit, Amputation sowie auditive Störungen ausgerichtet, die Methode ist allgemein die soziometrische Wahl, wodurch beispielsweise Beliebtheit und Unbeliebtheit innerhalb einer Gruppe, soziale Distanz, die Auswirkung des Behinderungsgrades etc. als Merkmale der Einstellung gegenüber Körperbehinderten befragt werden können.

---

1) Dafür ist die bekannte Arbeit von Goffman (1975) beispielhaft, in der das Verhalten sowohl gegenüber Behinderten als auch anderen "stigmatisierten" Personen in umfassender Weise diskutiert wird.
Auch Seywald (1977) oder Klee (1974) beziehen sich häufig auf derartige Erfahrungsberichte.

Warum solche Arbeiten?
Den theoretischen Hintergrund der Fragestellung des sozialen Bezugs nichtbehinderter zu körperbehinderten Kindern bilden - explizit oder implizit - Erkenntnisse der Sozialisationsforschung über die besondere Bedeutung von "peer groups" Gleichaltriger innerhalb des Sozialisationsprozesses. (Vgl. hierzu etwa Eisenstadt, 1966, Hollingshead, 1963, Neugarten, 1964, Kahl, 1957, Kaiser, 1969 u.m.)

I.a. versuchen die Arbeiten, aus dem sozialen Bezug zwischen nichtbehinderten und körperbehinderten Kindern in Schulklassen die soziale Situation körperbehinderter Kinder in diesen Klassen und in allgemeinbildenden Schulen überhaupt zu erschließen. (Vgl. etwa Jansen, 1966, Jansen/Hahn, 1967, Schönberger, 1971, Bläsig/Jansen/Schmidt 1972, Haupt 1971, Jansen/Schmidt, 1967, Jörgensen, 1972) Fast durchweg nahmen - nach diesen Arbeiten - körperbehinderte Kinder untere Rangplätze innerhalb einer Klasse ein, wobei die Schwere der Behinderung diese Ergebnisse zusätzlich in der gleichen Richtung beeinflußte.
Umfangreiche Untersuchungen der Arbeitsgruppe um Richardson (1961) ergaben, daß nach einer Befragung von Kindern verschiedener Kulturkreise, Übereinstimmung in der Beliebtheitsskala verschiedener körperlicher Behinderung besteht.
Eine differenzierte Fragestellung und Untersuchung zu diesem Thema ergab keine Bestätigung dieser Aussage; vielmehr zeigte sich eine relativ einheitliche Reaktion auf verschiedene Schweregrade der Behinderung, dagegen nicht auf die A r t (d.Verf.) der Behinderung. (Münzing, 1972) In derselben Arbeit wurde auch festgestellt, daß sich die Interaktionsformen zwischen 2 Kindern schon allein aus dem Grund gravierend verändere, daß das eine Kind eine körperliche Behinderung hat.

Das Entgegenkommen auf Interaktionsangebote wird dabei von den zwei Seiten verschieden beurteilt, wobei die Selbstverständlichkeit, auf der Interaktionsebene einander entgegenzukommen, in der Beurteilung der nichtbehinderten Kinder weitaus größer ist als bei den körperbehinderten Kindern. (Münzing, 1972, a.a.O.)

Solche Ergebnisse lassen vermuten, daß nichtbehinderte und körperbehinderte Kinder aufgrund ihrer unterschiedlichen sozialen Vorerfahrungen und Bedingungen kaum Möglichkeiten finden, selbständig sozialen Kontakt und damit Interaktionen zu realisieren; d.h. eine Bildung von Freundschaftsgruppen, in die körperbehinderte Kinder integriert sind, wobei die zur sozialen Anerkennung auf Seiten der Nichtbehinderten und zur Bildung eines Selbstbewußtseins auf Seiten der Körperbehinderten wichtige Erfahrungen gemacht werden könnten, scheint kaum möglich.

Kritisch muß allerdings angemerkt werden, daß innerhalb dieser Arbeiten kaum nach den Ursachen und Motiven der ablehnenden Haltung gegenüber körperbehinderten Mitschülern gefragt wird. Zudem ist auch im einzelnen nicht ersichtlich, ob und wenn, inwieweit ablehnendes Verhalten gegenüber den körperbehinderten Kindern zusätzlich durch deren besondere Verhaltensweisen, und vielleicht weniger durch die Behinderung selbst verursacht sein könnten. Auch der Frage einer Entwicklung zu bestimmten Verhaltensmustern wird keine Beachtung geschenkt. Insofern sind bisherige Arbeiten nicht mehr als eine Bestandsaufnahme eines Zustandes.
Mehr Beachtung verdienen dagegen solche Arbeiten, in denen, entweder in eigenen Versuchen oder in entsprechenden Befragungen, die Voraus- und Entwicklungsbedingungen bestimmter Interaktionsmuster erforscht werden. Aus solchen Arbeiten lassen sich nämlich eher konkrete Folgerungen für die praktische Arbeit mit körperbehinderten Kindern als auch für Konzeptionen, in denen die soziale Integration von körperbehinderten Kindern institutionalisiert ist, ziehen.

Erste Erfahrungen eines Modellversuches, bei dem körperbehinderte Kinder und nichtbehinderte Kinder im Kindergartenalter in einem Modellkindergarten zusammen betreut wurden, lassen vermuten, daß sowohl die Art der Einflußnahme als auch das Alter bei erfolgreich verlaufenden Interaktionen eine erhebliche Rolle spielen dürften. Die auf der Grundlage der Montessori-Pädagogik unter ärztlicher Betreuung durchgeführten Versuch zeigten zum Berichtszeitpunkt gute Erfolge:

> "Insgesamt darf ich aber nach einem Jahr feststellen, daß das Modell sich ausgezeichnet bewährt hat. Es ist so, als ob gesunde Kinder einem behinderten Kind wie selbstverständlich helfen, und daß sich die behinderten, wenn es notwendig ist, auch helfen lassen ..."
> (Hellbrügge, 1971)

Essers (1975) empirische Arbeit enthält die Fragestellung, wie das nichtbehinderte Kind das körperbehinderte Kind sieht, und welche Einstellungen und sozialen Aktivitäten das Verhalten des nichtbehinderten zum körperbehinderten Kindes bestimmen. Befragt wurden Kinder aus Grund- und Hauptschulen, zu denen ein körperbehindertes oder mehrere körperbehinderte Kinder in die Klasse gehen. "Der Bekanntschaftsgrad ist einheitlich festgelegt durch das Kriterium: Mitschüler in der gleichen Schulklasse" (S.56)

Die Ergebnisse von Essers Arbeit gewinnen hinsichtlich der Hypothesenbildung unserer empirischen Untersuchung besonderes Gewicht. Sie sollen deshalb an dieser Stelle zusammengefaßt referiert werden: (vgl. hierzu auch Esser, a.a.O., S. 115 ff.)

1) Das Erscheinungsbild des körperbehinderten Kindes bei nichtbehinderten Kindern

- Von der eingeschränkten körperlichen Bewegungsfähigkeit her wird die Vitalität als relativ niedrig eingeschätzt.

- Eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit und -bereitschaft wird durch erhöhte Leistungsbereitschaft auf anderen Gebieten ausgeglichen.
- Das Erziehungsmilieu wird nachsichtiger und milder eingeschätzt als bei nichtbehinderten Kindern.
- Geringere Sozialdynamik, v.a. der schwerer Behinderte ist abhängig und angepaßt.
- Geringe Kontakt- und Interaktionsmöglichkeiten bei den körperbehinderten Kindern, dagegen ein höheres Bedürfnis nach Kontakten bei den körperbehinderten als bei den nichtbehinderten Kindern.
- Niedriger sozialer Status der Familie mit körperbehindertem Kind.
- Schlechte Berufsaussichten.

2) Die Zuwendungsbereitschaft von nichtbehinderten zu körperbehinderten Kindern.

Es wird darauf hingewiesen, daß zwischen der geäußerten Zuwendungsbereitschaft und der tatsächlichen Zuwendung offensichtlich eine Differenz besteht. Wurde häufig eine sogar stärkere Zuwendungsbereitschaft zu den behinderten als zu nichtbehinderten Kindern angegeben, so nimmt diese in der Realität doch in dem Maße ab, in dem mit der Zuwendung eine persönliche Verpflichtung verbunden ist.

3) Einstellungen zu leichter und schwerer behinderten Kindern

Generelle Einstellungsunterschiede lassen sich nach Esser auf die Bereitschaften "Mitleid" oder "Ablehnung" zurückführen:

"- Es fällt leichter, den Leichtbehinderten abzulehnen.
- Die Beurteilung schwerer Behinderter ist an weniger kritischen Maßstäben orientiert.
- Auf der Ebene der Meinungsäußerung erscheint die persönliche Zuwendungsbereitschaft zu schwerer Behinderten stabiler als die zu leichter Behinderten.
- Dieser Unterschied gilt vor allem dann, wenn die geforderte Zuwendung auf belanglose Gefälligkeiten beschränkt bleibt.
- Die tatsächliche Distanz ist zu schwerer Behinderten größer als zu leichter Behinderten." (S. 119)

4) Einstellungen bei jüngeren und älteren Kindern

Jüngere Kinder sehen bei Körperbehinderten weniger das "Behindertsein"; die differenziertere Wahrnehmung der Behinderung und, entsprechend, differenziertere Meinungen und Einstellungen treten erst bei älteren Kindern in Erscheinung.
Die Altersgrenze zur Veränderung der Einstellung bzw. zur Einstellungsverfestigung sieht der Autor im Einklang mit Wegener (1968) ungefähr im Alter von 10 Jahren, in welchem durch die Pubertät eine verstärkte Hinwendung zum sowie eine kritische Beobachtung des Körpers erfolgt.

> "Sowohl die originäre und spontane Ablehnung wie das überformte und mehr reflektierte Mitleid verfestigen sich als Einstellungsbereitschaft und Verhaltensstruktur erst mit zunehmendem Alter. Jüngere Kinder reagieren neutral auf die Behinderung, weil sie für sie keine augenfällige Besonderheit darstellt." (S. 121)

Aus den Ergebnissen seiner Untersuchung zieht der Autor Folgerungen, wie soziale Kontaktaufnahme und Interaktionsbereitschaft zwischen nichtbehinderten und körperbehinderten Kindern möglich werden könnte. V.a. in einer sehr frühen Kontaktaufnahme, Esser gibt das 3. Lebensjahr als Beginn an, scheinen besonders gute Voraussetzungen zu liegen.

Als notwendig zu einem Gelingen solcher Kontaktaufnahme sieht er folgende Bedingungen strukturierter, durch Kindergarten oder Schule organisierter, Kontakte:

"- Kleinere Gruppen als in Normalkindergärten und -schulen,
- etwa die gleiche Anzahl von Behinderten und Nichtbehinderten in einer Gruppe, um sowohl für die einen wie für die anderen Außenseiterrollen zu vermeiden,
- als Unterrichts-, Beschäftigungs- und Therapieangebot ist mindestens das zu fordern, was für den Sonderkindergarten und die Sonderschule für Körperbehinderte gefordert wird." (S. 127)

Einen besonderen Vorteil bei früher Kontaktaufnahme sieht Esser auch darin, daß soziale Vorbehalte, soziale Distanz als Interaktionsschranken zwischen Körperbehinderten und Nichtbehinderten gar nicht erst aufkommen würden, und somit ein wesentlicher Diskriminierungsfaktor wegfallen würde.

Eine ähnliche Aussage trifft auch Seywald (1976):

> "So, wie Hilfeverhalten, diskriminierendes Verhalten und neuerdings die Irrelevanzregel vom Kind gelernt werden, so können auch exploratives Verhalten und echte, nicht bloß scheinbare Akzeptierung des physisch abweichenden Mitmenschen durch frühzeitige Integration behinderter mit nichtbehinderten Kindern und Förderung dieser realitätsgerechten Reaktionen gelernt werden." (S. 138)

Allerdings wird hinzugefügt:

> "Daß diese positiven Reaktionsweisen, einmal gelernt, auch beibehalten werden, ist eine empirisch noch nicht überprüfte Hypothese; Langzeitstudien müßten darüber Aufschluß geben." (a.a.O.)

Auch hier muß allerdings wieder darauf hingewiesen werden, daß es nicht ausreichen dürfte, nur die Einstellung und das mögliche Verhalten nichtbehinderter Kinder zu körperbehinderten Kindern zu erforschen. Wichtig scheint mir nämlich, auch gerade beim körperbehinderten Kind, daß es durch frühe Erfahrungen mit nichtbehinderten Kindern ebenfalls lernt, auf Interaktionsangebote einzugehen, bzw. auch selbst aktiv zu werden. Das körperbehinderte Kind hat - statistisch gesehen - in vielfacher Häufigkeit die Möglichkeit, mit nichtbehinderten Kindern Kontakt aufzunehmen, als umgekehrt, so daß schon allein aus dieser Sicht dem interaktionsbereiten Verhalten der körperbehinderten Kinder gegenüber den nichtbehinderten eine besondere Bedeutung zukommt.

4.3. Fakten sozialer Stigmatisierung von Körperbehinderten

Aus den verschiedenen Arbeiten, in denen gesellschaftliche Einstellungen gegenüber Körperbehinderten untersucht werden, ist bekannt, daß eine alleinige Information über die Probleme dieser Gruppe der Gesellschaft sicherlich noch nicht ein verändertes Bewußtsein oder eine veränderte Einstellung bewirken kann.
Vielmehr wird immer wieder darauf hingewiesen, daß mindestens ebenso wichtig wie die Information die konkrete Erfahrung mit Körperbehinderten (oder auch: Behinderten allgemein), der reale Kontakt zum Abbau bestehender Vorurteile zu werten ist. Nun ist einleuchtend, daß Körperbehinderte, eben aufgrund ihres Schadens, häufig nicht die Möglichkeiten haben,aus eigener Kraft soziale Kontakte aufzunehmen; sie sind i.a. auf die besondere Hilfe ihrer nächsten Umgebung auf der einen Seite, auf die Möglichkeiten und Maßnahmen, die ihnen von der Öffentlichkeit oder Gesellschaft bereitgestellt werden auf der anderen Seite angewiesen, solche Kontakte aufzunehmen.
Aus den Ausführungen der vorhergehenden Abschnitte wird ersichtlich, daß, beurteilt man negative Einstellungen und Verhaltensmuster gegenüber Körperbehinderten als erlernte Verhaltensweisen, es besonders wichtig ist, schon frühzeitig Kontakte zwischen Gesunden und Körperbehinderten zu organisieren, um positive Reaktionsweisen zu ermöglichen.
Dazu sind wiederum besondere Maßnahmen vonnöten, die sowohl in der Art als auch im Umfang diesem Anspruch gerecht werden. Daneben konkretisieren sich in eben diesen Maßnahmen natürlich letztendlich auch die gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber Gruppen der Gesellschaft, die auf besondere Hilfe angewiesen sind.

Zunächst sollen nun verschiedene gesellschaftliche Lebensbereiche danach befragt werden, inwieweit derzeit soziale Kontakte und Interaktionen zwischen Nichtbehinderten und Körperbehinderten möglich sind. Eine Trennung in zwei übergeordnete Bereiche scheint hier sinnvoll:

- Die Lebensbereiche außerhalb von Institutionen (Familie/Wohnbereich, Freizeit/Freizeiteinrichtungen)

- Institutionell gebundene Lebensbereiche (Erziehung/Bildung/Ausbildung, Rehabilitation, Beruf und Arbeit)

Bei der Behandlung dieses Themenkomplexes soll allerdings vorausgeschickt werden, daß, vornehmlich für den ersten Bereich nur sehr verstreut Daten vorzufinden sind, so daß eine mehr oder weniger allgemeine Charakterisierung zur Kennzeichnung der Situation ausreichen muß.

4.3.1. Lebensbereiche außerhalb von Institutionen

- Familie/Wohnbereich

  Körperbehinderte, im besonderen schwerer Behinderte, sind weitgehend davon abhängig, inwieweit Wohnbauten und Wohnungen durch besondere bauliche Einrichtungen ihrer funktionalen Beeinträchtigung entgegenkommen. (z.B. Rampen für Rollstuhlfahrer, leicht zu bedienende Haushaltseinrichtungen, z.B. besondere Toiletten etc.) Sind solche besonderen Wohnvoraussetzungen nicht vorhanden, so ist der Körperbehinderte entweder auf die besondere Hilfe und Unterstützung der Familienmitglieder angewiesen, oder er muß in einem Heim versorgt werden. Verschiedene statistische Erfassungen (vgl. Bläsig/Schomburg, 1966, Bläsig, 1967, Stat. Jahrbuch der BRD, 1979) scheinen zu belegen, daß nur ein sehr kleiner Prozentsatz der Körperbehinderten in Heimen untergebracht ist. Die Möglichkeiten zu sozialer Kontaktaufnahme wären demnach nach der Funktionsgerechtigkeit entsprechender Bauten zu beurteilen.

Die letzte Untersuchung über das Bauen behindertengerechter Wohnungen und Wohnblocks stammt allerdings aus dem Jahr 1968 (Reichsbund, 1968), so daß wir die dort anzutreffenden Zahlen kaum auf die derzeitige Situation übertragen dürfen. Allerdings scheint der damals festgestellte Zustand, daß nämlich solche Bauten eine Ausnahme sind, auch für die heutige Situation zuzutreffen. Demgemäß wären auch heute noch Körperbehinderte weitgehend davon abhängig, inwieweit ihnen die Familie Außenkontakte ermöglicht.
Aus verschiedenen Untersuchungen ist bekannt, daß die Familien körperbehinderter Kinder häufig die Kontakte zur Umgebung abbrechen (vgl. etwa Blume, 1972).(1)
Klee (1974) problematisiert Zahlenergebnisse der Arbeitsgruppe um Blume insofern, als die betreffenden Eltern über die Sonderschulen erfaßt wurden, er rechnet dagegen mit einer Dunkelziffer von ca. 50 % erfaßter Fälle, eben gerade solche Kinder, die nicht in der Öffentlichkeit und damit der offiziellen Statistik erscheinen. (S.137/138)

Planungen für behindertengerechte Wohnungen in der Bundesrepublik Deutschland beziehen aber derzeit noch kaum den wichtigen Aspekt mit ein, daß neben der Funktionsgerechtigkeit das Zusammenleben mit Gesunden eine wichtige Grundlage für soziale Kontakte ist. Im Unterschied zu skandinavischen Modellen, die so konzipiert sind, daß in diesen Wohnbauten nur 1/3 der Wohnungen an Behinderte vermietet sind, um ein "normales" Milieu zu schaffen, sind Wohnbauten in der BRD nur für Behinderte und ihre Familien gebaut.

---

1) Nach Blume nehmen die Außenkontakte mit der Einkommenshöhe zu, von 49,2 % auf 72,7 % (mehrmals/Monat) 22,1 % der Mütter der unteren Einkommensklassen (bis 749 DM) verzichteten ganz auf Außenkontakte, dagegen nur 3,3 % bei der Einkommensklasse 1 500 DM u. mehr)

Zusammenfassend läßt sich die Wohnsituation so beurteilen:

- Nur ein relativ kleiner Prozentsatz der Körperbehinderten ist in Heimen untergebracht.
- Ein ebenfalls geringer Prozentsatz körperbehinderter Personen wohnt in behinderten-gerechten Wohnungen oder Wohnbauten, häufig mit der Familie, wobei diese Wohnbauten, in denen sich entsprechende Wohnungen befinden, nur Behinderten zugänglich sind.
- Der größte Teil von Körperbehinderten wohnt demnach zusammen mit der Familie in "normalen" Wohnungen und in "normaler" Umgebung.

Soziale Kontakte sind demnach weitgehend davon abhängig, inwieweit die Familie bereit ist, diese durch entsprechende Maßnahmen zu ermöglichen; allerdings läßt die relativ große Anzahl abgebrochener Außenkontakte sowie eine vermutete Dunkelziffer annehmen, daß von dieser Seite her entscheidende Beschränkungen für Körperbehinderte existieren.

- Freizeit/Freizeiteinrichtungen

Inwieweit innerhalb der Freizeit bzw. bei Freizeitaktivitäten Körperbehinderte mit Nichtbehinderten zusammentreffen, ist naturgemäß schwer nachprüfbar.
Zwei Faktoren scheinen mit entscheidend, ob Körperbehinderten über Freizeit oder Freizeiteinrichtungen Möglichkeiten zu sozialer Kontaktaufnahme finden könnten:

- inwieweit Freizeiteinrichtungen, z.B. öffentliche Bauten wie Schwimmbäden, Sporthallen und -anlagen, Clubs, Kinos, Museen, Theater, durch bestimmte bauliche Voraussetzungen den funktionalen Beschränkungen der Körperbehinderten entgegenkommen;
- inwieweit gesellschaftliche Einstellungen (s.o.) es zulassen, daß Körperbehinderte sowohl an organisierten als auch unorganisierten Freizeitaktivitäten teilnehmen können, etwa in Clubs oder Sportvereinen zusammen mit Nichtbehinderten aktiv werden, an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen können etc.

Die Möglichkeiten, über Freizeitaktivitäten in der Öffentlichkeit zu sozialen Kontakten zu finden, scheitern - neben häufig auftretender offener oder versteckter Ablehnung - in besonderer Weise schon daran, daß die wenigsten der gemeinten Bauten, in denen solche Aktivitäten stattfinden könnten, nicht den besonderen Bedürfnissen der Behinderten gerecht werden. Dazu wären, ähnlich wie schon bei den Wohnbauten, die Zugänglichkeit zu den Gebäuden (z.B. Rampen oder Treppen mit niedrigen Absätzen), Fahrstühle, geeignete Toiletten, Haltegriffe in Bädern und Toiletten u.v.a.m. zu zählen.

4.3.2. Institutionell gebundene Lebensbereiche

Können soziale Kontakte außerhalb der Institutionen wesentlich auch dadurch gefördert werden, indem die Bereitschaft sowohl von seiten des Körperbehinderten als auch des Nichtbehinderten forciert wird, so ist zu fragen, inwieweit gesellschaftliche Institutionen schon allein durch ihre Gliederung die Möglichkeiten zu sozialer Kontaktaufnahme verringern. Bekannt ist, daß zur Förderung von Körperbehinderten eine Vielzahl von Sonderinstitutionen existieren, um eine spätere, v.a. berufliche Integration zu ermöglichen. Zu fragen ist dann allerdings, ob durch die Maßnahme der Sonderförderung in separaten Institutionen die zweite geforderte Bedingung weitest möglicher Integration, die frühe Kontaktaufnahme, so stark behindert ist, daß eine auch noch so gute Sonderförderung relativ wertlos wird.
Existent sind für Körperbehinderte, insbesondere für körperbehinderte Kinder, zwei Formen institutioneller Eingliederung:

- Der Körperbehinderte ist in die Institution der Normalen integriert, wobei die Zielsetzung der Institution an den Ansprüchen der Normalen ausgerichtet ist.

- Der Körperbehinderte besucht eine Sonderinstitution, wobei die besonderen Bedürfnisse der Körperbehinderten Grundlage der Arbeit sind.

Sowohl die Ausrichtung an den Bedürfnissen der "Normalen" als auch die an den Bedürfnissen der Behinderten (Goffman spricht in diesem Zusammenhang von "out-group" bzw. "in-group", 1975) bewirken Probleme, die letztendlich auch Ursache der besonderen sozialen Lage von Körperbehinderten sind.

- Erziehung/Bildung/Ausbildung

Kindergarten

Über die Kindergartenbetreuung von körperbehinderten Kindern existieren derzeit nur die Zahlen der Arbeiten von Bläsig (1966) und Bläsig/Schomburg (1966).
Eine Zusammenstellung der Zahlen zu diesen Untersuchungen zeigt, wie wenige der körperbehinderten Kinder zum Befragungszeitpunkt einen Kindergarten besuchten:

	Dysmelie (1966) %	CP (1968) %
öffentl.Kindergarten	9,1	9,7
Sonderkindergarten	9,1	0,8
sonst. Einrichtung		10,6
bei Eltern, sowie angemeldet oder abgelehnt	81,8	78,9

Die Angaben zu beiden Gruppen im Alter zwischen 3 und 6 Jahren decken sich also im wesentlichen. Bei den Dysmelie-Kindern wird noch zusätzlich angegeben, daß zum Zeitpunkt der Befragung 34,7 % der Kinder in einem öffentlichen Kindergarten, 10,5 % in einem Sonderkindergarten angemeldet waren.
Die Zahlenangaben sind, wegen des relativ weit zurückreichenden Zeitpunktes, sicherlich mit Vorsicht zu genießen.

Vermutlich dürfte sich aber die Situation in den letzten Jahren nicht grundlegend geändert haben (was zu belegen wäre!). Zumindest nach diesen Zahlen kann angenommen werden, daß institutionalisierte soziale Kontakte im Kindergartenalter so gut wie gar nicht stattfinden.

Schule

Befaßt man sich genauer mit Schulstatistiken und den relevanten Daten für Körperbehinderte, so fällt auf, daß zwar die Gesamtpopulation der Körperbehinderten im schulpflichtigen Alter sowie der entsprechende Prozentsatz zu der Gesamtzahl aller Schüler gleichen Alters erfaßt sind und auch die Anzahl derer, die Sonderschulen besuchen. Nicht bekannt dagegen ist, wieviele der körperbehinderten Kinder auf eine Normalschule gehen bzw. überhaupt keine Schule besuchen. (1)

Von institutioneller Separierung kann demnach zunächst nicht gesprochen werden, vornehmlich scheinen die Eltern für die Separierung verantwortlich.

Allerdings läßt die starke Zunahme der sonderbeschulten körperbehinderten Kinder vermuten, daß diejenigen Kinder, die vorher noch keine Schule besuchten, nun auf eine Sonderschule gehen. Das bedeutet wiederum, daß zumindest

---

1) Folgende Aufstellung resultiert aus der Summierung verschiedener statistischer Erhebungen und kann daher nur als ein vorläufiger Anhaltspunkt der Schulsituation gelten:
Anhand der Angaben von v. Bracken (1968) kann von einer Mindestanzahl von ca. 31 000 körperbehinderten Kindern im Schulalter ausgegangen werden.
1962 besuchten 1 482 körperbehinderte Kinder im schulpflichtigen Alter eine Schule oder Klasse für Körperbehinderte,
1968 4 179
1970 5 391 körperbehinderte Kinder. *)
Von den ca. 31 000 körperbehinderten Kindern im Schulalter besuchten demnach ca. 17 % 1970 eine Sonderschule. Zunächst ist davon auszugehen, daß der Rest in eine Normalschule geht. Die - allerdings nicht repräsentativen -Angaben von Bläsig/Schomburg (1966) zeigen dagegen, daß allein 40,6 % der cerebralgeschädigten Kinder zwischen 7 und 11 Jahren nur von den Eltern betreut würden und 20,5 % eine öffentliche Volksschule besuchten.
* Diese Zahlen wurden der amtlichen Schulstatistik (1971) entnommen.

eine starke Tendenz in Richtung Sonderschule festzustellen ist, d.h. daß eine Sonderförderung für körperbehinderte Kinder im allgemeinen den Vorzug vor einer Einschulung in eine Normalschule genießt.
Die bisherige Darstellung kann allerdings nur für den Bereich der allgemeinbildenden Schule (Grund- und Hauptschulen) gelten.
Dagegen sind weiterführende schulische Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten für körperbehinderte Kinder kaum anzutreffen, soweit damit Sondereinrichtungen gemeint sind. Von daher wäre es interessant, zu wissen, wievielen der körperbehinderten Schülern es gelingt, weiterführende allgemeine Bildungseinrichtungen zu besuchen. Verschiedene Berichte zeigen, daß ein weiterführender Schulbesuch, der ja nur in Normalschulen möglich ist, weitgehend von den örtlichen Gegebenheiten, von den besonderen schulischen Einrichtungen für Körperbehinderte, aber auch von der Schwere und dem Ausmaß der Schädigungen abhängig sein können. (1)

Sind gute Voraussetzungen hinsichtlich der Bauten und Einrichtungen gegeben (Hessisch-Lichtenau, Altdorf b. Nürnberg) zeigt sich, daß ein relativ hoher Prozentsatz der körperbehinderten Schüler den Abschluß einer Realschule bzw. eines Gymnasiums erreichen können. (2)

Die Erfahrungen, die in diesen Schulen hinsichtlich der Aufnahme sozialer Kontakte zwischen körperbehinderten und nichtbehinderten Schülern gemacht wurden, wurden positiv gewertet. Nicht erklärlich bleibt allerdings in diesem Zusammenhang die Äußerung, warum in einer Klasse

---

1) Vgl. hierzu insgesamt die Berichte von Riesser, Eckmanns, Prast, in: Matthias, u.a. (1971)

2) 45,4 % der im Zeitraum 1958-1969 entlassenen körperbehinderten Schüler hatten in Hessisch-Lichtenau den Abiturabschluß erreicht, 16,4 % erreichten die mittlere Reife. Stark unterrepräsentiert waren allerdings die Cerebralparetiker. (Riesser, 1971)
In Altdorf besuchten im Zeitraum von 1966-1969 erfolgreich 13 Schüler mit Körperbehinderung das Gymnasium. (Prast, 1971)

nicht mehr als 2 körperbehinderte Schüler erscheinen sollen (Prast, 1971, S. 79).
Die besonderen Schwierigkeiten mit Cerebralparetikern werden damit begründet, daß diese durch das häufige Auftreten einer Mehrfachschädigung einerseits besonders benachteiligt seien, andererseits den Lehrern, die ja im allgemeinen über keine sonderpädagogische Ausbildung verfügten, besondere Probleme bei der Durchführung des Unterrichts bereiteten und deshalb für die Schule oftmals "nicht tragbar" seien. (Riesser, 1971, S. 69)

Das Kölner Realschulmodell - hier wird eine Sonderrealschule für Körperbehinderte mit 10 Klassen mit einer Normal-Realschule mit 16 Klassen als kooperative Ganztagsschule geführt - zeigt, daß eine institutionelle Organisierung sozialer Kontaktaufnahme durchaus erfolgreich verlaufen kann: Eckmanns (1971) berichtet, daß nach einigen Anfangsschwierigkeiten soziale Kontakte weit über den Schulbereich hinaus üblich und selbstverständlich geworden sind.

Die Erfahrung mit solchen vereinzelten Modellversuchen dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß weiterführende Bildungseinrichtungen aufgrund der mangelnden baulichen Voraussetzungen als auch der wenigen besonderen Förderungseinrichtungen, wie sie vor allem für Cerebralparatiker notwendig sind, Körperbehinderten in der Regel versperrt bleiben. (1)

Legt man die Schätzwerte der KM- Konferenz (1972) des Fehlbedarfs an geeigneten Schulplätzen zugrunde, wonach zum Untersuchungszeitpunkt ein Mangel an 65 % notwendiger Plätze festgestellt wurde, so zeigt sich die schulische Diskriminierung körperbehinderter Kinder in zweifacher Weise:

---

1) Vgl. hierzu auch den Bericht v. Brackens (1971) zu den Erfahrungen eines Universitätsstudiums Körperbehinderter.

1. Zum großen Teil sind körperbehinderte Kinder gezwungen, entweder eine Normalschule zu besuchen, in der weder die Lehrer auf körperbehinderte Kinder vorbereitet noch entsprechende therapeutische Fachkräfte und bauliche Einrichtungen anzutreffen sind, oder auf einen Schulbesuch zu verzichten. (1)

2. Die Tendenz schulischer Förderung körperbehinderter Kinder geht in Richtung einer Separierung in Sonderschulen. D.h., daß sowohl Erfahrungen, die Körperbehinderte im Umgang mit Nichtbehinderten erwerben sollen, als auch umgekehrt, weitgehend unmöglich werden, und daß damit eine wichtige Forderung zur sozialen Integration Körperbehinderter nicht erfüllt wird. Neuere Veröffentlichungen (vgl. Banser/Eckert/Uder 1971, Schönberger, 1974, DBR, 1973) weisen deshalb auf die Notwendigkeit einer Realisierung von Gesamtschulkonzeptionen hin, in denen sowohl Körperbehinderte als auch Nichtbehinderte unterrichtet werden, wobei ein differenziertes System von Förderungsmaßnahmen für Körperbehinderte, wie es schon im Sonderschulbereich üblich ist, angegliedert sein soll.

Berufsvorbereitung und Beruf

Die berufliche Eingliederung als das Ziel einer Rehabilitation von Körperbehinderten soll uns zunächst nur insoweit interessieren, als danach gefragt werden soll, ob und in welchem Umfang es Körperbehinderten aufgrund gesetzlicher und rehabilitativer Sondermaßnahmen möglich wird, in "normale" Berufe und Berufszweige eingegliedert zu werden.

---

1) Entsprechend schlecht sind deshalb auch die Möglichkeiten für Körperbehinderte, weiterführende Bildungseinrichtungen (weiterführende Schule, Universität) zu besuchen.

Für Körperbehinderte lassen sich zwei Arten ausmachen, berufliche Tätigkeiten auszuüben:

- In speziellen Werkstätten für Behinderte, welche keine Chance haben, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Stellung zu finden. Diese Werkstätten werden von, durch öffentliche Mittel unterstützten, privaten Behindertenorganisationen ("Lebenshilfe für geistig und körperlich Behinderte", "Verein für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte" u.a.) getragen. Sie sind aber auch weitgehend davon abhängig, inwieweit sie durch private Firmen Zulieferaufträge erhalten.

- Im öffentlichen Dienst, in privaten Firmen und Institutionen

Nach dem "Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft" müssen private Arbeiteber oder Arbeitgeber der öffentlichen Hand, die über mindestens 16 Arbeitsplätze verfügen, auf wenigstens 6 % der Arbeitsplätze Schwerbehinderte beschäftigen (§ 4/1), wobei die Bundesregierung per Verordnung ermächtigt werden kann, - je nach Bedarf - die Anzahl der Plätze auf 10 % zu erhöhen bzw. auf 4 % zu senken.

Schwerbehinderte sind in diesem Zusammenhang nach jenem Gesetz:

> "Personen, die körperlich, geistig oder seelisch und infolge ihrer Behinderung in ihrer Erwerbsfähigkeit um wenigstens 50 von Hundert gemindert sind, sofern sie rechtmäßig im Geltungsbereich des Gesetzes wohnen, sich gewöhnlich aufhalten oder eine Beschäftigung als Arbeitnehmer ausüben."

Beurteilt man mithilfe einer amtlichen Statistik die Möglichkeiten beruflicher Eingliederung, wie sie sich nach dem Gesetz ergeben müßten, so zeigt sich, daß man von der tatsächlichen Realisierung noch ziemlich weit entfernt ist. Nach den Angaben der BfA (1974) fanden 1973 von 115 600 Rehabilitanden nur rund ein Drittel oder 37 300 Personen einen Arbeitsplatz.

"Die im Laufe des Jahres sich abschwächende Nachfrage nach Arbeitskräften erschwerte die Eingliederung ins Erwerbsleben. Auch das seit Jahren rückläufige Angebot an betrieblichen Ausbildungsplätzen machte sich hemmend bemerkbar (BfA, 1974,S.14)

Klees (1974) Angaben, wonach ca. 60 % der körperbehinderten Jugendlichen im Alter zwischen 18 und 24 Jahren kein Arbeitsplatz zur Verfügung steht, scheinen sich im Lichte der Rehabilitationsstatistik zu bestätigen. (S. 129)

Geht man davon aus, daß eine zusätzliche Anzahl Körperbehinderter in den Werkstätten (1) untergebracht ist, so läßt sich sagen, daß auch im Berufsbereich die Möglichkeiten zu sozialer Kontaktaufnahme mit Nichtbehinderten sehr gering sind, zusätzlich auch noch dadurch, daß das Arbeitsplatzangebot für Körperbehinderte noch erheblich stärker von konjunkturellen Schwankungen betroffen ist als das Angebot für Nichtbehinderte. (Vgl. hierzu BfA, a.a.O., S. 6)

(An dieser Stelle soll auf eine ausführlichere Diskussion beruflicher Eingliederung von Körperbehinderten im Zusammenhang ihrer funktionalen Eingliederung im nächsten Abschnitt verwiesen werden.)

Gesellschaftliche Einstellungen gegenüber Körperbehinderten sind zwar bisher nicht Gegenstand systematischer Beobachtungen gewesen. Die Probleme allerdings, denen Körperbehinderte im Laufe ihres Lebens in verschiedenen Bereichen ausgesetzt sind, lassen annehmen, daß sich in Untersuchungen festgestellte negative Einstellungen und Vorurteile gegenüber Körperbehinderten faktisch dadurch realisieren, daß diesen durch entweder Verweigerung not-

---

1) Nach Angaben der "Lebenshilfe für geistig und körperlich Behinderte e.V." gibt es etwa 16 000 Arbeitsplätze in 250 Einrichtungen. Der sofortige Bedarf wird auf 30 000, der langfristige auf 60 000 Plätze geschätzt. (Siehe Klee, 1974, S. 129)

wendiger Sondermaßnahmen oder durch eine ungeeignete Durchführung bestimmter Maßnahmen mögliche Lebenschancen vorenthalten werden.
Im außerinstitutionellen Bereich sind es dabei bauliche Voraussetzungen, die hier sehr beschränkend wirken. Über mögliches und zu erwartendes ablehnendes Verhalten existieren keine Untersuchungen, so daß man sich bei solchen Aussagen auf die vielen autobiographischen Berichte von Körperbehinderten verlassen muß.
Im institutionellen Bereich realisieren sich gesellschaftliche Einstellungen als soziale Diskriminierung einerseits dadurch, daß die Anzahl der Fördermaßnahmen keineswegs ausreichen - deutlichstes Beispiel ist der errechnete Fehlbedarf an Schulplätzen - und daß damit die Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten und letztendlich auch die Berufs- und Arbeitsplatzfindung für Körperbehinderte außerordentlich erschwert ist. Zudem ist auch die sich immer mehr durchsetzende Sonderförderung und damit Separierung von Körperbehinderten in Sonderinstitutionen Ausdruck der Ablehnung von Körperbehinderten, denen zudem damit auch der Übertritt in weiterführende Bildungs- und Ausbildungsinstitutionen verwehrt bleibt. Demgegenüber wird neuerdings eine differenzierte Förderung körperbehinderter Kinder in Modellen gefordert, in denen der frühzeitige soziale Kontakt zwischem körperbehindertem und nichtbehindertem Kind ermöglicht und erlernbar wird. (1)

---

1) Solche Modelle werden weiter unten (Abschnitt 5.) diskutiert werden.

4.4. Probleme der funktionalen Eingliederung Körperbehinderter

Bisher wurde sich weitgehend darauf beschränkt, die besonderen Bedingungen sekundärer Sozialisation von Körperbehinderten unter dem Gesichtspunkt von Möglichkeiten zu sozialer Kontaktaufnahme mit Nichtbehinderten zu diskutieren. Obwohl es problematisch erscheint, bei Körperbehinderten von einer sozialen Randgruppe im strengen Sinne zu sprechen (1), sind Körperbehinderte, sowohl aufgrund der ihnen gegenüber geäußerten negativen Einstellungen als auch ihrer faktischen Separierung, als soziale Außenseiter der Gesellschaft zu bezeichnen. Der Unterschied zu dem klassischen Typus sozialer Minorität, der rassischen Minderheit, besteht darin, daß der Körperbehinderte in "normalen" Familien aufwächst, keine gruppenspezifischen Normen und Werte erlernt und somit auch keine Gruppenidentität entwickeln kann. Insofern bleibt den Körperbehinderten auch die Möglichkeit versperrt, auf die diskriminierende Behandlung durch die Gesellschaft als eigene Gruppe zu antworten.

---

1) Nach Barker (1953) ist die Minoritätentheorie insbesondere auf Behinderte leichter bis mittleren Grades anwendbar. Körperbehinderte werden von einer großen Gruppe, der Gesellschaft abgelehnt und zu einer bestimmten Gruppe definiert. Nun orientieren sich aber gerade die leichter Behinderten an den Verhaltensmaßstäben der Nichtbehinderten, die sie ihrerseits ablehnen. So stehen die Behinderten nach Barker in einer typischen "Marginalsituation", d.h. sie gehören unfreiwillig einer Minderheit an, orientieren sich aber hinsichtlich des Leistungsanspruchs, der sozialen Anerkennung und der Lebensrealisierung an den Ansprüchen Normaler.
Vgl. auch Jordans (1963) Kritik zu Barkers Konzept: Die Minoritätentheorie sei deswegen auf Körperbehinderte nicht anwendbar, weil durch ihre Sozialisation in "normale" Familien keine gruppenspezifischen Werte entwickelt würden und die "Gruppe" der Körperbehinderten in sich nicht beständig sei, es andererseits auch nicht erlaubt sei, negative Haltungen gegenüber Behinderten zu äußern, wie dies gegenüber Minderheiten durchaus üblich sei. Die Frage scheint hierbei allerdings angebracht zu sein, ob eine f o r m a l e, d.h. definitionsabhängige Diskussion in diesem Zusammenhang sinnvoll ist. (Vgl. auch hierzu die Diskussion Seywalds (1976) im Anschluß an Clinards Definition von Minderheiten, sowie auch Hartfiel, 1972 und Amendt, 1977)

Nun geschieht soziale Integration sicherlich nicht nur dadurch, daß Kontakte und Interaktionen in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen stattfinden oder in diesen organisiert werden. Vielmehr ist von entscheidender Bedeutung, ob und wie es die Gesellschaft als soziale Gemeinschaft und in ihrer Verantwortung für schwächere Mitglieder ermöglicht, daß es diesen trotz ihrer Schwierigkeiten und im Rahmen ihrer Möglichkeiten gelingt, tätig zu werden, ein entsprechendes Maß an Selbständigkeit zu erlangen und, was wesentlich ist, auch - etwa im Rahmen der Familie - Verantwortung für andere zu übernehmen, und wie auch auf der anderen Seite die Körperbehinderten selbst gebotene Chancen nutzen, um ihre Lebensbedingungen zu verändern.
Besonderer Wert wird innerhalb der Rehabilitationsarbeit mit Körperbehinderten der beruflichen Eingliederung beigemessen, wobei zwei Faktoren zu berücksichtigen sind:

- Aus volkswirtschaftlicher Sicht kann die berufliche Rehabilitation Körperbehinderter eine enorme Kostenersparnis bedeuten; sie sind nämlich nicht mehr nur von der öffentlichen Unterstützung abhängig, sondern leisten noch einen eigenen Beitrag zum Volkseinkommen.
- Aus der Sicht des Körperbehinderten bedeutet die Möglichkeit, sich seine materielle Existenz selbst zu sichern, die Aufhebung der Abhängigkeit von Personen und Institutionen. Die Folgen sind bessere soziale Anerkennung, Hebung des sozialen Status etc.

Unter funktionaler Eingliederung Körperbehinderter allein den Prozeß beruflicher Eingliederung zu verstehen, wäre allerdings eine sehr verkürzte Betrachtungsweise. Ist dies auch eine sehr wichtige Voraussetzung zur Unabhängigkeit, so ist das besondere Problem von Körperbehinderten und Behinderten im allgemeinen darin zu sehen, daß sie weitgehend von der Öffentlichkeit, d.h. auch der öffentlichen Beschlußfassung von Problemen, die sie angehen, ausgeschlossen sind. Neben der materiellen Existenzsicherung ist deswegen die Beteiligung an politischen Ent-

scheidungsprozessen zur Durchsetzung von Sonderinteressen, wie sie Behinderte zwangsläufig vertreten, zur Ausschöpfung und Verbesserung von Lebenschancen und Bedingungen von grundlegender Bedeutung.
Funktionale Eingliederung soll keineswegs als ein reiner Anpassungsprozeß der Behinderten an gesellschaftliche Notwendigkeiten verstanden werden, indem etwa die berufliche Integration allein unter dem Gesichtspunkt einer Kosten-Nutzen-Rechnung als sinnvoll erscheint. Funktional heißt vornehmlich, daß damit ein Beitrag zur Verbesserung der Lebensbedingungen sowohl des einzelnen Körperbehinderten als auch der Gesamtheit aller Körperbehinderten geleistet werden kann, und zwar aus der Sicht der Körperbehinderten selbst. Damit wird für eine weitgehende Eigenverantwortlichkeit und für die Möglichkeit einer selbständigen Interessenvertretung und -durchsetzung der Behinderten plädiert.

Im folgenden sollen nun die derzeitigen Bedingungen funktionaler Eingliederung von Körperbehinderten, soweit es der Rahmen der Arbeit zuläßt, dargestellt und diskutiert werden.

4.4.1. Berufliche Eingliederung

Aus der Gesamtstatistik der Rehabilitation (1972) können Daten zur beruflichen Eingliederung von Behinderten entnommen werden: Mit 34,8 % aller "Rehabili-

tationsfälle" (BfA, 1974, siehe S. 6) (1) standen Schäden am Stütz- oder Bewegungsapparat, d.h. die Körperbehinderung, an vorderster Stelle, wobei dieser Anteil im Steigen begriffen ist. Demnach hatten 40 100 aller Rehabilitanden einen körperlichen Schaden (1972).
In den Jahren von 1967 - 1973 verdoppelte sich fast die Zahl der Rehabilitationsfälle bezogen auf 10 000 Erwerbstätige.
57,8 % aller Rehabilitationsf lle waren Folge von Krankheiten, 12,2 % die Folge angeborener Leiden, und 5,4 % die von Arbeitsunfällen.
38 % der Rehabilitanden waren noch nicht 25 Jahre alt.

---

1) "Als Rehabilitationsfälle werden gezählt:
1 Körperlich, geistig oder seelisch behinderte Personen, die ungeachtet der Ursache ihres Leidens oder gesundheitlichen Beeinträchtigung in ihrer Leistungs- und dadurch in ihrer Wettbewerbsfähigkeit so weit eingeschränkt sind, daß
a) die Erhaltung ihres Arbeitsplatzes gefährdet ist, oder
b) eine berufliche Eingliederung besonderer Bemühungen oder einer vorbereitenden Maßnahme der Arbeits- und Berufsförderung bedarf.
2 Eine Beschäftigung als Arbeitnehmer oder eine Berufsausbildung anstreben und dafür nach der vorhandenen oder zu erwartenden Leistungsfähigkeit in Betracht kommen und die
3 Sich ratsuchend an das Arbeitsamt wenden oder dem Arbeitsamt durch Träger von Rehabilitationsmaßnahmen oder andere berechtigte Stellen zur Prüfung der Voraussetzungen für arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen und zur gutachtlichen Äußerung oder zur Einleitung solcher Maßnahmen benannt werden. (S. 4)

Als abschließend bearbeitet werden die Rehabilitationsfälle auch dann genannt,
"bei denen ein bestimmter Abschnitt der beruflichen Rehabilitation erreicht ist und das Arbeitsamt voraussichtlich erst nach geraumer Zeit - frühestens nach einem Jahr - erneut tätig werden kann, z.B. bei Umschulungsmaßnahmen von längerer Dauer, bei Besuch von Berufsfach-, Fach- oder Hochschulen."
(a.a.O., S. 4)

Wie aus folgender Tabelle ersichtlich, beschränkte sich bei der überwiegenden Mehrheit der Rehabilitanden die Schulbildung auf den Hauptschulbesuch.

Schulbildung	Behinderte Personen			
	1973		1972	
	absolut	%	absolut	%
Hauptschulbildung	101 225	87,5	93 846	87,5
darunter ohne Abschluß	28 520	24,7	24 092	22,5
ohne mittleren Bildungsabschluß	2 026	1,8	1 922	1,8
mit mittlerem Bildungsabschluß	5 874	5,1	5 360	5,0
Abitur	920	0,8	916	0,8
Berufsfachschule	372	0,3	397	0,4
Hochschule	190	0,2	170	0,2
Schulbildung unbekannt	4 974	4,3	4 672	4,3
Insgesamt	115 581	100,0	107 286	100,0

Quelle: Berufliche Rehabilitation.
Arbeits- und Berufsförderung behinderter Personen im Jahre 1973, Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg 1974 S. 6

Es kann angenommen werden, daß die prozentuale Verteilung der Schulbildung in etwa auch für die spezielle Gruppe der Körperbehinderten zutrifft, und daß sich hinsichtlich der Schulbildung der Rehabilitanten keine grundlegenden Veränderungen in den letzten Jahren ergeben haben.
Nach den Angaben der BfA gelang es 1972 nur einem Drittel (oder 37 300) der Behinderten, beruflich eingegliedert zu werden. Nun sind über diese Statistik eben nicht alle Behinderten, sondern nur die Rehabilitationsfälle erfaßt, so daß angenommen werden kann, daß der Anteil von Behinderten - speziell von Körperbehinderten -, welche nicht beruflich eingegliedert werden konnten, noch um einiges höher liegt.
Zusätzlich zur Bedingungsursache einer unzureichenden Schulbildung zeigt sich aber auch, daß Behinderte in besonderem Maße auch dann Schwierigkeiten in einer beruflichen Eingliederung vorfinden und vorfinden werden, wenn sich die Situation am Arbeitsmarkt verschärft. Der prozentuale Eingliederungsanteil stieg nicht in demselben Maße, wie die Anzahl der Rehabilitationsfälle insgesamt. Es ist sogar anzunehmen, daß die beruflichen Eingliederungsbedingungen in den letzten Jahren noch schwieriger geworden sind.

	1971	1973
beruflich Eingegliederte	33 766	37 300
in % der Rehabilitationsfälle	37,8 %	32,3 %

Die Modellberechnungen der "Stiftung Rehabilitation", Heidelberg, die in einer Kosten-Nutzen-Analyse die volkswirtschaftlichen Vorteile einer beruflichen Eingliederung Behinderter herausstellen und davon ausgehen, daß mindestens 80 % aller Behinderten bei entsprechender Rehabilitation einen Arbeitsplatz finden könnten fordern zusätzliche Maßnahmen heraus.

Nun scheint mir allerdings die Frage angebracht, ob diese Schätzung nicht sehr irreal ist: Können auch Behinderte über eine Rehabilitationsförderung und die dazugehörigen Maßnahmen geeignete berufliche Qualifikationen erwerben, so ist damit noch lange nicht gesagt, daß sie dadurch schon allein konkurrenzfähig gegenüber Nichtbehinderten sind. Für den einzelnen Arbeitgeber wird nämlich der Behinderte immer ein zusätzlicher Kosten- bzw. Risikofaktor bedeuten: Einerseits muß nämlich der Arbeitsplatz eines Behinderten besonders ausgestattet sein, andererseits ist ein Behinderter sicher potentiell nicht so belastungs- und damit auch leistungsfähig wie ein Nichtbehinderter.

Auch gesetzliche Maßnahmen, wie sie im Gesetz für Schwerbehinderte verankert sind, reichen offensichtlich nicht aus, um eine nur annähernd angemessene Anzahl an Arbeitsplätzen bereitzustellen.
Dies zeigt sich auch daran, daß Arbeitgeber - auch öffentliche - derzeit eher bereit sind, die vorgeschriebene Ausgleichsabgabe von je 100 DM pro nicht bereitgestellten Arbeitsplatz für einen Behinderten zahlen, als einen Behinderten einzustellen (vgl. Klee, 1974, S. 127).

Eine andere Form beruflicher Eingliederung für Körperbehinderte, die keine Möglichkeit haben, auf dem freien Arbeitsmarkt eine Stelle zu finden, und die auch, etwa aufgrund der Schwere ihres Schadens kaum je einen Arbeitsplatz finden werden, stellen die sogenannten Werkstätten dar:

> "Die Werkstatt soll allen Behinderten unabhängig von Art und Schwere der Behinderung offenstehen, sofern sie in der Lage sind, ein Mindestmaß verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen." (SchwbG § 52/3)

Die Einschätzung ökonomischen Nutzens Behinderter zeigt sich dabei angesichts ihrer Entlohnung: Im Durchschnitt wurde pro Monat 60 DM als Arbeitsentgelt gezahlt, nur 5 % der Behinderten verdienten mehr als 200 DM. In vielen Fällen differiert die Entlohnung für gleiche Arbeitsleistung erheblich. (siehe dazu G. Haack, in Klee, 1974, S. 131)

Die soziale Sicherung von Behinderten soll in einem neuen Gesetz zur Sozialversicherung Behinderter geregelt werden, deren wichtigste Punkte lauten:

"- Die in den Werkstätten arbeitenden Behinderten werden in die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung einbezogen.

- In der gesetzlichen Krankenversicherung werden zur Beitragszumessung 20 % des durchschnittlichen Arbeitsentgeltes der Arbeiter- und Angestelltenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr (für 1972 ca. 272 DM) zugrundegelegt.

- In der gesetzlichen Rentenversicherung werden 90 % davon zugrundegelegt. Dieses fiktive Arbeitsentgelt (90 % von ca. 1 300 DM im Jahr 1974) dient der Vermeidung von sogenannten Bagatellrenten.

- Verdient der Behinderte mehr als die oben genannten Beiträge, wird zur Beitragszumessung sein tatsächliches Entgelt herangezogen. Verdient er weniger, werden seine Beiträge ausschließlich vom Träger der Werkstatt entrichtet.

- Diese erhalten ihre Aufwendungen jeweils zur Hälfte von Bund und Ländern.

- Der Bezug der Erwerbsunfähigkeitsrente wird erleichtert, indem sowohl freiwillig wie auch pflichtversicherte Behinderte trotz bestehender Erwerbsunfähigkeit nach einer Erfüllung einer Wartezeit von 20 Jahren den Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsrente erwerben können.

- Die gesetzliche Krankenversicherung wird für alle (auch nicht in Werkstätten beschäftigten) Schwerbehinderten geöffnet. Das Beitrittsrecht ist dabei von Alter und Vorlage eines Gesundheitszeugnisses unabhängig. Auch schon bestehende Erkrankungen sind in den Schutz einbezogen." (Klee, 1974, S. 132/133)

Sind auch einige Gesetzesinitiativen zur beruflichen Eingliederung und zur Sicherung behinderter Personen zu bemerken, - erst kürzlich wurde ein neues Schwerbehinderten-Programm im Umfang von 100 Mill. DM in Gang gesetzt -, so zeigt sich doch, daß Behinderte im besonderen von den Anforderungen und Schwankungen des Arbeitsmarktes betroffen sind: Eine berufliche Eingliederung der Mehrzahl der Behinderten erfordert demnach eine zusätzliche Anzahl von Rehabilitationsmaßnahmen auf der einen Seite, eine Vielzahl

zusätzlicher staatlicher Eingriffe in den Arbeitsmarkt und die Stellenpolitik privater und öffentlicher Arbeitgeber auf der anderen Seite.
Derzeit zumindest sind die Chancen beruflicher Eingliederung als Teil der funktionalen Eingliederung Körperbehinderter als ziemlich schlecht zu beurteilen.

4.4.2. Politische Eingliederung

Die Schwierigkeiten, die sich für Körperbehinderte bzw. Behinderte allgemein bei der beruflichen Eingliederung ergeben, weisen darauf hin, daß die Gesellschaft als Gesamtheit offensichtlich nicht bereit ist, über ein Mindestmaß hinaus die Bedürfnisse und Interessen dieser Teilgruppe zu befriedigen. Nun wäre allerdings zu fragen, ob es überhaupt gerechtfertigt ist, daß die Gesellschaft jenen eben über dieses Mindestmaß einer Existenzsicherung hinaus noch besondere Bedürfnisse und Interessen befriedigen muß; es kann nämlich auch in der Weise argumentiert werden, daß es aufgrund der Knappheit finanzieller Ressourcen sowie der Notwendigkeit, auch noch andere Teilinteressen ausreichend befriedigen zu müssen, überhaupt nicht möglich ist, Behinderten mehr zukommen zu lassen, als es derzeit geschieht.
Allerdings bleibt damit noch immer die Frage im Raum, ob trotz dieser begrenzenden Bedingungen Art und Umfang der Maßnahmen zur Integration der Behinderten einem möglichen Optimum entsprechen. Die oben zitierten Angaben der "Stiftung Rehabilitation" scheinen darauf hinzuweisen, daß bisher noch lange nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind, daß sogar ein Mehr an entsprechenden Maßnahmen einen außerordentlichen ökonomischen Nutzen erbringen würde.
Damit wird ein grundlegendes Problem angesprochen, welches nicht nur Behinderte, sondern auch andere sozial gefährdete oder benachteiligte Gruppen der Gesellschaft betrifft:

Inwieweit können diese nämlich ihre Interessen und Bedürfnisse im politischen Willenbildungsprozeß zur Sprache bringen, wie weit sind diese gegenüber denen anderer Gruppen der Gesellschaft durchsetzungsfähig? (vgl. dazu etwa Offe, 1972):

- Offe differenziert zwei Grundbedingungen, durch welche Interessendurchsetzung im politischen Prozeß gekennzeichnet ist:
  a) Organisationsfähigkeit, d.h. sind diese Interessen so klar unterscheidbar von den Interessen übriger Gruppen der Gesellschaft, daß sie sich als Spezialbedürfnisse einer sozialen Gruppe interpretieren lassen?
  b) Konfliktfähigkeit, d.h., welche Möglichkeiten haben diese Gruppen, kollektiv bestimmte Leistungen zu verweigern bzw. systemrelevante Leistungsverweigerung glaubhaft zu machen? (vgl. S. 145/146)

- Die Organisationsfähigkeit von Körperbehinderten-Interessen

Die soziale Situation Körperbehinderter wird in der Regel mit dem Begriff "Randgruppe" gedeutet. Nun weist dieser Begriff auf sehr verschiedene soziale Erscheinungsformen hin, die, als Partialgruppen, hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen Ziele, ihrer ökonomischen und psychologischen Entstehungsprozesse sowie ihrer politischen Relevanz nur sehr wenige Gemeinsamkeiten zu haben scheinen. Verschiedene Definitionsversuche zeigen auch die Schwierigkeit, Körperbehinderte als eine besondere gesellschaftliche Teilgruppe unter den Begriff "Randgruppe" zu subsumieren. Wie schon weiter oben festgestellt (vgl. S. 77) fehlen Körperbehinderten wesentliche Merkmale, die sie innerhalb einer Gesellschaft als eine eigene Statusgruppe erscheinen lassen. (1)

1) vgl. hierzu die Definition von Gerth/Mills (1970): "Eine Statusgruppe, bezogen auf Herkunft, deren Mitgliedern Statusgleichheit durch individuelle Leistung verweigert wird." (S. 239)

Mit Recht wird kritisiert, daß Behinderte im eigentlichen Sinne keine Randgruppe mit von der Gesellschaft abweichenden Normen und Werten bilden. Vielmehr seien sie vereinzelte Individuen, mit durch einen besonderen Schaden beschränkten Lebensvoraussetzungen, deren Sozialisation durch die Anforderungen der "normalen" Umwelt geprägt seien. (Vgl. Jordan, 1969, Jansen, 1972)

Behinderte bilden also von sich heraus keine eigenständige gesellschaftliche Randgruppe; dieses äußerst wichtige Faktum beweist sich wohl durch die sehr verschiedenen Ausprägungen einer (körperlichen) Behinderung, vor allem auch im Unterschied zwischen angeborener und erworbener Behinderung, als auch durch die recht unterschiedlichen Lebensläufe und damit auch Bedürfnisse und Interessen, dadurch ergeben sich auch besondere Schwierigkeiten in der Organisierung spezifischer Interessen von Körperbehinderten.

Auch vom geltenden Recht her werden verschiedene Gruppen von Körperbehinderten unterschiedlich behandelt. Dies gilt in besonderem Maße für die sog. Kriegsversehrten, die zudem ihre Sonderinteressen gegenüber der Öffentlichkeit am besten begründen können: Ihre Behinderung resultiert aus einer besonderen Leistung für die Gesellschaft, sie können erwarten, daß dieser Einsatz auch entsprechend honoriert wird. Dagegen können die Sonderinteressen von Behinderten, deren Schaden unfallbedingt oder angeboren ist, sich nur auf die sozialstaatliche Verpflichtung der Verfassung berufen, wenn ihre Bedürfnisse vorgetragen werden. Ein wesentliches Problem der Organisierfähigkeit von Behinderteninteressenist dann auch, daß durch sie unterschiedliche Behandlung durch das geltende Recht (BSHG) die verschiedenen Behinderungsarten miteinander konkurrieren, wobei die Privilegierung der Kriegs- vor den Zivilbehinderten, der erworbenen vor der angeborenen Behinderung eine entscheidende Rolle spielen dürften (vgl. Schuchhardt, 1977).

In der Öffentlichkeit werden die Interessen Körperbehinderter durch sehr viele Organisationen vertreten, wobei wir in folgende Organisationsgruppen zusammenfassen können:

- Elternorganisationen
- Behindertenverbände
- Selbsthilfeorganisationen

Die Undurchsichtigkeit und Vielfalt der Verbände schwächen dabei die Durchsetzungskraft von Sonderinteressen Körperbehinderter erheblich. (vgl. Blume u.a., 1972, S. 161 ff.) Die in der Regel mangelhaften Beteiligungsmöglichkeiten der Körperbehinderten an den Organisationen selbst sind mit ein wesentlicher Grund dafür, daß sich in der letzten Zeit vermehr Selbsthilfeorganisationen - z.B. Clubs von Behinderten - bildeten, die nicht selten in Konflikt zu den etablierten Organisationen und Vereinigungen geraten. Folgt man den Ausführungen Klees (1974, S. 152/153), so wird von den Mitgliedern dieser Selbsthilfeorganisationen vor allem kritisiert, daß sie durch die bestehenden Organisationen gegängelt, bevormundet werden,ohne daß Konkretes geschieht. Nur eine tatsächliche Beteiligung an Gremien, in denen die für Behinderte relevanten Entscheidungen getroffen werden, kann die soziale Situation nach Meinung dieser Selbsthilfeorganisationen positiv verändern.

Das Beispiel der Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Clubs Behinderter zeigt, wie schwierig es ist, sich gegenüber der bisherigen Praxis durchzusetzen und an diesen Entscheidungen mitzuwirken, Dennoch scheinen sich Veränderungen anzubahnen:

" Die Körperbehindertenclubs zeugen von einem neuen Selbstbewußtsein, es gibt in Kassel keine bezahlten Mitarbeiter und vor allem keine Funktionärsspesen. Noch, wie man hinzufügen muß. Die Bundesarbeitsgemeinschaft hat nicht nur zahlreiche Emanzipationstagungen organisiert, veröffentlicht auch Rollstuhltests, nimmt Heime unter die Lupe, erstellte einen Hotel- und Campingführer für Behinderte (den die Behörden dann dort anfordern müssen, statt umgekehrt, sie selbst zu erarbeiten), berät, vermittelt Kontakte, koordiniert. Zugleich werden jedoch auch sehr privatistische Tendenzen deutlich, wird der familiäre Rahmen nicht

durchbrochen. Man agiert noch in einer unpolitischen Attacke gegen die etablierten Behinderten-Funktionäre. Die Entwicklung ist jedoch völlig offen, die Clubs durchbrechen erstmals das Behindertengetto, melden Forderungen an, versuchen die Demokratisierung von Heimen. Der Anfang der Behindertenemanzipation scheint geschehen." (Klee, a.a.O., S. 153)

Es scheint so zu sein: Erst ein Bewußtwerden der Behinderten von ihrer besonderen sozialen Situation und der Notwendigkeit, ihre Interessen selbständig zu vertreten, entsprechende Organisationsformen zu finden und vor allem, nicht miteinander zu konkurrieren, schaffen die Möglichkeit, auch tatsächlich schlechte Lebensbedingungen zu verändern. So viel auch verschiedene Vereinigungen und Organisationen für Behinderte leisten, solange weitgehend Interessen und Bedürfnisse f ü r Behinderte nicht von diesen selbst artikuliert werden, d.h. diese sich nicht als Gruppe mit besonderen Interessen und Bedürfnissen innerhalb der Gesellschaft verstehen lernen, wird sich voraussichtlich zunächst wenig an den bestehenden Lebensbedingungen verändern.

- Die Konfliktfähigkeit von Körperbehinderten-Interessen

Nimmt man die optimistische Vorstellung eines hohen Organisationsgrades eines Behindertenverbandes, in dem die Behinderten ihre Interessen selbständig vertreten können und der auch auf relevanten politischen Ebenen mit einer entsprechenden politischen Beteiligung ausgestattet ist, so stellt sich eben die Frage, inwieweit jene Sonderinteressen gegenüber anderen gesellschaftlichen Interessen konkurrenz- und damit auch durchsetzungsfähig werden können. Bestimmt nämlich die Fähigkeit, bestimmte - v.a. ökonomische - Leistungen verweigern zu können, das Ausmaß der Konfliktfähigkeit und damit der Durchsetzbarkeit solcher Interessen, so sind die Bedürfnisse von Behinderten (wie auch von Alten, Arbeitslosen, Studenten, Kriminellen etc.) mit verminderter Durchsetzungskraft ausgestattet.

Jedoch kann diese, zunächst sehr negativ erscheinende, Prognose bei einer näheren Betrachtung der politischen Verfassung einigermaßen relativiert werden:
Die Existenz von Randgruppen bzw. von sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen, wie sie in den fortgeschrittenen Industriegesellschaften immer häufiger anzutreffen sind (- und zu denen Körperbehinderte, mit gewissen Einschränkungen (s.o.), zu zählen sind) weisen nämlich auf den Tatbestand hin, daß es diesen Gesellschaften, trotz ihrer Zunahme an Reichtum und Wohlstand, immer weniger gelingt, alle gesellschaftlichen Teilgruppierungen zu integrieren. Randgruppen stellen dabei insofern ein Konfliktpotential dar, als sie auf die bestehende und sich tendentiell vergrößernde Differenz eines innerhalb der Verfassung garantierten Anspruchs auf soziale Sicherheit und der Realität der Existenzgefährdung hinweisen. (1)

Die Grenzen sozialpolitischer Maßnahmen treffen natürlich auch auf die Körperbehinderten zu. Wie sich an verschiedenen Beispielen belegen läßt, sind Behinderte besonderen sozialen Risiken ausgesetzt, sie sind etwa in besonders

---

1) Der innerhalb eines sozialstaatlichen Modells politischer und gesellschaftlicher Organisation in der Form des prosperierenden Wohlfahrtsstaates besagt zweierlei:
   1) Das Sozialstaatspostulat wird auf der Grundlage einer rechtsstaatlichen Ordnung als eine Anweisung an die Exekutive verstanden, wobei die Wirtschaftsordnung als solche unangetastet bleibt. Sozialpolitische Maßnahmen dienen als Eingriffsmöglichkeiten dazu, im Sinne der Gewährung sozialer Sicherheit systembedingte Ungerechtigkeiten innerhalb der Gesellschaft auszugleichen. (Forsthoff, 1953, **Abendroth**, 1966, **Leibholz**, 1967)
   2) Durch den Sozialstaatsgrundsatz innerhalb der Verfassung ist die bestehende Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung grundsätzlich zur Disposition gestellt, d.h. der Sozialstaatsauftrag im Grundgesetz läßt die Möglichkeit offen, die Gesellschaft grundsätzlich umzuformen (Interpretation nach Abendroth, 1966),

---

Es würde allerdings im Rahmen dieser Arbeit erheblich zu weit führen, eine weitergehende Diskussion um die gegenwärtige Bedeutung dieser Interpretationen des Sozialstaatsauftrags in der Verfassung zu führen. Vielmehr kann es nur darum gehen, auf der Grundlage der, die politische Handlungsweise derzeit bestimmenden, Verfassungsinterpretation, die mögliche Durchsetzungsfähigkeit von Sonderinteressen, wie sie Behinderte vertreten, darzustellen.
Da die erste Interpretation des Sozialstaatsauftrages gegenwärtig bestimmend für die politische Handlungsweise ist, soll gefragt werden, inwieweit über sozialpolitische Maßnahmen gesellschaftlich schwächeren Gruppen bessere Lebensbedingungen verschafft werden können. Sozialpolitische Maßnahmen sind als solche Maßnahmen zu verstehen, durch welche gesellschaftlich erwirtschafteter Reichtum auf sozial gefährdete Gruppen umverteilt wird. Daß sich hierbei notwendigerweise Grenzen ergeben, kann am besten an den bestehenden Schwierigkeiten gezeigt werden, die im Zusammenhang von Arbeitslosigkeit oder der Finanzierung der verschiedenen Sozialversicherungssysteme derzeit auftreten.

starkem Ausmaße von der bestehenden Arbeitslosigkeit betroffen (s.o., Kap. 4.4.1.,S.82). Auch besondere Maßnahmen zur Verbesserung dieser Situationen garantieren noch nicht unbedingt, daß diese Risiken ausgeschaltet werden. Damit zeigt sich der oben angezeigte mögliche Konfliktatbestand: Gelingt es nämlich einer Gesellschaft nicht, trotz wachsenden Reichtums sozial schwächere Mitglieder angemessen zu beteiligen, d.h. wird der Unterschied zwischen Armen und Reichen in der Gesellschaft und den damit zusammenhängenden Lebensbedingungen und -möglichkeiten immer größer, so werden die Glücks- und Sicherheitsversprechungen des sog. sozialen Wohlfahrtsstaates immer unglaubwürdiger. Entsprechend werden gesellschaftliche Verhältnisse, die einen solchen Zustand produzieren, in Frage gestellt werden.
Behinderte, die in besonderer Weise von den sozialen Risiken betroffen sind, sind zwar nicht aufgrund der Möglichkeiten ökonomischer Leistungsverweigerung (wie z.B. Berufsgruppen, Arbeitgeber, Arbeitnehmer etc.), jedoch aus der Infragestellung verfassungsmäßig garantierter Versprechungen tendentiell konfliktfähig und deshalb von politischer Bedeutung. Die Durchsetzung von Interessen Behinderter scheint nur dann erfolgversprechend, wenn sich diese auch tatsächlich als eine besondere Gruppe der Gesellschaft mit besonderen Interessen und Bedürfnissen verstehen lernt und als solche etabliert, d.h. ihre spezifischen Interessen in größerem Umfang selbständig organisiert und auch durchzusetzen versucht.

Dies widerspricht insofern n i c h t dem Integrationsziel, als sich die Interessen durchaus mit den Lebensnormen und -zielen der übrigen Gesellschaft decken, daß aber zur optimalen Zielerreichung besondere Wege und besondere Maßnahmen erforderlich sind, die nur über die Durchsetzung von Sonderinteressen realisiert werden können.

4.4.3. Soziale Eingliederung

Eine vollständige funktionale Eingliederung von Körperbehinderten ist schließlich auch unter dem Aspekt zu betrachten, inwieweit es gelingt, Alltagstätigkeiten selbständig ohne Hilfe von Betreuungspersonen durchzuführen, Verantwortung für sich selbst als auch für andere übernehmen zu können, unabhängig zu werden. Die Frage ist, wodurch die Übernahme zu solchen Aufgaben und Tätigkeiten bei Körperbehinderten begrenzt ist.
Bei einer Durchsicht der verfügbaren Literatur zu diesem Themenbereich ist festzustellen, daß so gut wie keine Daten darüber vorzufinden sind, wie groß die Anzahl der sozial eingegliederten Körperbehinderten ist. Hier scheint noch einiges aufzuarbeiten zu sein, um mehr über die Lebensbedingungen und -möglichkeiten von Körperbehinderten zu erfahren. V.a.wäre es interessant, in diesem Zusammenhang die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen zur Bewältigung von Alltagssituationen zu überprüfen.

Indizien für eine geglückte soziale Eingliederung von Körperbehinderten könnten etwa die Heiratshäufigkeit, Zahlen über selbständiges Wohnen und Leben oder die Teilnahmehäufigkeit an außerberuflichen Einrichtungen (Clubs, Freizeitorganisationen etc.) liefern.

Daß körperliche Behinderung und geringe Heiratshäufigkeit in einem engen Zusammenhang stehen, wobei der Schweregrad der Behinderung eine maßgebliche Rolle spielen dürfte, scheinen vorliegende Untersuchungen zu bestätigen. (vgl. Landis/Bolles, 1942, Lundt, 1962, Krüger, 1965, Sperling, 1967, u.a.) Eindeutig scheint auch zu sein, daß körperbehinderte Sozialhilfeempfänger besonders geringe Ehechancen haben. (Landis/Bolles, a.a.O., Krüger, a.a.O.)

> "Ungeklärt ist aber, ob die wirtschaftliche Unselbständigkeit die Eheschließung verhindert oder ob besonders starke funktionale Beeinträchtigungen die gemeinsame Ursache bilden." (Seywald, 1976, S. 25)

Auch ist zu fragen, ob nicht zusätzlich zu den erwähnten Ursachen auch das Aussehen des möglichen körperbehinderten Partners einen negativen Einfluß auf die Heiratschancen ausüben.
Weitgehend dürfte eine soziale Eingliederung auch von den schon weiter oben diskutierten baulichen Voraussetzungen im Wohn- und Öffentlichkeitsbereich abhängen. Wie dort schon beschrieben, sind Körperbehinderte hinsichtlich ihrer Außenkontakte noch weitgehend von der Unterstützung der eigenen Familienmitglieder oder anderer Betreuungspersonen abhängig. Dasselbe dürfte ebenfalls für die Übernahme von Alltagstätigkeiten gelten, zumindest funktionsgerechte Architekturmaßnahmen für Körperbehinderte eher die Ausnahme bilden.

4.5. Zusammenfassung

Die Bedingungen sekundärer Sozialisation bei körperbehinderten (Kindern) wurde unter zwei Gesichtspunkten diskutiert:

- den Möglichkeiten und Bedingungen sozialer Kontaktaufnahme zwischen Behinderten und Nichtbehinderten im institutionellen und außerinstitutionellen Rahmen,
- den Möglichkeiten und Bedingungen funktionaler Eingliederung in die Gesellschaft.

Soziale Kontaktaufnahme als eine Bedingung sozialer Integration von Behinderten scheint durch zwei Ursachen einer Beschränkung zu unterliegen:
Zum einen sind es Vorurteile und Einstellungsmuster der Nichtbehinderten, als auch in der frühen Sozialisation erworbene Verhaltensmuster bei den Behinderten, die solche Kontaktaufnahme erschweren. Zum anderen ist die (häufig notwendige) soziale Separierung in Sonderinstitutionen der Grund, warum soziale Kontakte nicht erlernt werden können.

Die Diskussion der Probleme einer funktionalen Eingliederung Behinderter zeigt, daß diese in den verschiedenen Bereichen nur geringe Möglichkeiten zur Selbsttätigkeit, Selbstverantwortung vorfinden. Probleme der funktionalen Eingliederung wurden auf den Ebenen:

- berufliche Eingliederung, als Voraussetzung selbständiger materieller Existenzsicherung
- politische Eingliederung, wobei die Durchsetzungsfähigkeit von Behinderteninteressen in Abhängigkeit ihrer Organisationsfähigkeit und Konfliktfähigkeit gesehen wurden
- soziale Eingliederung

diskutiert.

5. Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation Körperbehinderter (Rehabilitation)

Unter dem Begriff "Rehabilitation" versteht Bläsig (1967)

> " eine Vielzahl aufeinander abgestimmter medizinischer, schulischer, beruflicher und sozialer Maßnahmen zur Eingliederung oder Wiedereingliederung Erkrankter oder Behinderter in Beruf und Gesellschaft." (S. 9)

Solche Aufgaben wurden mit diesem Begriff vor allem nach den zwei Weltkriegen bezeichnet, um Kriegsversehrte in das Erwerbsleben zurückzuführen, so wurde mit der Entwicklung volkswirtschaftlicher Steuerungsmechanismen auch ihre ökonomische und sozialpolitische Bedeutung erkannt. Die Rehabilitation wird hierbei nicht mehr nur auf Kriegsfolgeschäden beschränkt, sondern nun auch auf Berufskrankheiten, Unfallfolgen, Krankheiten im Zivilleben und angeborene Schäden ausgedehnt.
Die Organisierung, d.h. die materielle Durchführung der Rehabilitation erfolgt über verschiedene Trägerschaften, wobei eine Harmonisierung der Vielfalt verschiedener Rechtsvorschriften mit dem "Rehabilitations-Angleichungsgesetz" (1974) nur teilweise gelungen ist. Jedenfalls ist es Grundsatz geworden, daß alle mit der Rehabilitation zusammenhängenden organisatorischen und inhaltlichen Maßnahmen einheitlich durchgeführt werden, eventuelle Probleme bei der Finanzierung handeln die Kostenträger untereinander aus.
Die Rehabilitation differenziert sich nach ihren Zielen:
- Medizinische Rehabilitation
- Pädagogisch/psychologisch/soziale Rehabilitation
- Berufliche Rehabilitation

Die Probleme der Rehabilitation erstrecken sich auf verschiedene Bereiche:
- Früherfassung
- Beratung und Anleitung der Eltern behinderter Kinder
- Bildung und Berufsausbildung
- Kostenentwicklung

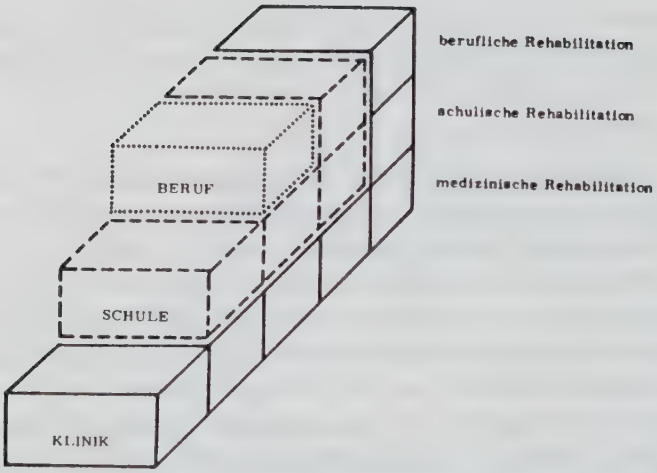
Bei der Beurteilung des Gesamtkomplexes sowie der verschiedenen Einzelmaßnahmen muß danach gefragt werden, ob bzw. inwieweit dadurch die normative Zielsetzung gesellschaftlicher Eingliederung als eine Verbesserung der Lebensbedingungen und -chancen Körperbehinderter erreicht wird. Dabei soll sich hier weitgehend auf die, für die empirische Untersuchung relevante Gruppe der Körperbehinderten mit angeborenen Schäden v.a. beschränkt werden.

Nur in geringem Maße wird hierbei die Quantität rehabilitativer Maßnahmen von Interesse sein; auch ein ausreichender Bestand beispielsweise an Sonderschulen für Körperbehinderte kann nämlich noch nicht für sich beanspruchen, der Zielsetzung gesellschaftlicher Eingliederung von Körperbehinderten gerecht zu werden. Sie ist allerdings insofern von Bedeutung, als bei einer Diskussion alternativer - inhaltlicher wie organisatorischer - Maßnahmen in praxi der Kostenfaktor häufig eine erhebliche Rolle spielt und beschränkende Wirkung auf die Veränderung bestehender Systeme der Rehabilitation haben kann.

Methodisch soll nun folgendermaßen vorgegangen werden: Zunächst wird das bestehende Rehabilitationsmodell und alternative Vorstellungen dazu aufgewiesen werden; im weiteren sind die verschiedenen Maßnahmen der Rehabilitation in ihrer sozialen Funktion zu diskutieren. Dabei wird es sowohl um die Organisationsformen als auch um theoretischen Rahmen und inhaltliche Bestimmungen der Rehabilitationsmaßnahmen gehen.

5.1. Rehabilitationsmodelle

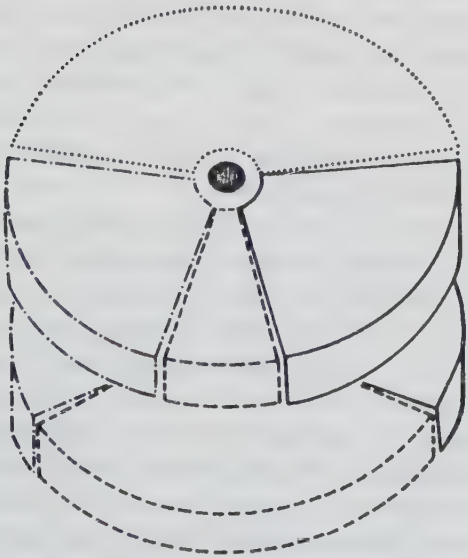
Das herkömmliche Modell der Rehabilitation Körperbehinderter ist durch das Aufeinanderfolgen verschiedener Rehabilitationsstufen gekennzeichnet. Innerhalb dieser Stufen der Rehabilitation sind für den Körperbehinderten jeweils verschiedene Institutionen zuständig.



(Quelle: Schönberger, 1974 b, S. 8)

Schönberger (1974b)kritisiert an dem Stufenmodell der Rehabilitation einerseits die Institutionen - Zentriertheit, d.h. daß die jeweilig zuständige Institution nur bemüht sei, daß der Behinderte "ihr" Stufenziel erreicht, um möglichst gut vorpräpariert die nächste Stufe der Rehabilitation zu erklimmen. Zudem greift er das Selbstverständnis der Medizin als der "Mutter der Rehabilitation" an, das sich aus der körperlichen Schädigung als kontinuierlichem Faktor der Behinderung herleite. (a.a.O., S. 9)
Anhand der Interdependenz der verschiedenen Komponenten der Mehrfach-Behinderung bei cerebral-bewegungsgestörten Kindern und Jugendlichen zeigt er die Notwendigkeit einer neuen Orientierung bei der Rehabilitations-Arbeit mit Körperbehinderten.

Dem gängigen Stufenmodell der Rehabilitation wird ein Sektorenmodell gegenübergestellt, bei welchem von Anfang an ein Team das körperbehinderte Kind betreut, wobei eine multidisziplinäre Ausbildung der beteiligten Fachkräfte Grundvoraussetzung ist.



(Quelle: Schönberger, 1974b, S. 18)

Das Aufzeigen und die Forderung eines alternativen Modells zur bisherigen Rehabilitationsarbeit mit Körperbehinderten, vornehmlich mit von Geburt an behinderten Kindern und Jugendlichen, hat insofern seine Berechtigung, als die Aufmerksamkeit, die sich beim derzeit praktizierten Modell vornehmlich auf den medizinisch diagnostizierbaren Tatbestand richtete, nun mehr auf die Zusatzschäden und Folgebehinderungen gelenkt wird und die Notwendigkeit interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen an der Rehabilitation beteiligten Fachkräfte betont wird; wie oben schon beschrieben (S.17 ff), scheint eben nur ein sehr frühzeitiges Eingehen auf solche Zusatzschäden und Folgebehinderungen allein erfolgversprechend.
Daß hier durchaus verschiedene Ansichten in der Kompetenzverteilung vertreten werden, zeigen beispielsweise die Ausführungen Muthmanns (1973), der sich entschieden für die vorrangige Stellung der Medizin innerhalb der Rehabilitationsarbeit ausspricht.
Eine weiterführende Diskussion, die die Realisierbarkeit der von Schönberger vorgetragenen Konzeption und ihre möglichen Vorteile gegenüber dem etablierten Modell untersucht, kann allerdings an dieser Stelle nicht geleistet werden; da es hier nur darum gehen kann, derzeit praktizierte Maßnahmen der Rehabilitation Körperbehinderter darzustellen, muß es genügen, das Alternativmodell in seinen Grundzügen zu beschreiben; im folgenden wird sich allerdings auf das gängige Stufenmodell der Rehabilitation bezogen, wenn es darum geht, im einzelnen die verschiedenen inhaltlichen Maßnahmen darzustellen und in ihren Funktionen zu diskutieren.

5.2. Maßnahmen der Rehabilitation

5.2.1. Medizinische Rehabilitation

Bei der Darstellung der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sind die grundlegenden Unterschiede verschiedener Erscheinungsformen der Körperbehinderung wiederum zu berücksichtigen, v.a. die Differenzierung in hirn-

organisch (Cerebralparese) und nicht hirnorganisch (z.B. Dysmelie, Mucoviscidose) bedingte Schädigungen. Unsere besondere Aufmerksamkeit gilt hier wieder der größten Gruppe der Körperbehinderten, den Cerebralparesen.

Die medizinische Rehabilitation ist im wesentlichen darauf ausgerichtet, aufgrund einer gesicherten Diagnose des Schadens und seiner Herkunft geeignete Behandlungsmethoden der Operation oder Therapie - anzuwenden, um eine möglichst große Unterstützung zur Erlangung grundlegender Bewegungsfähigkeiten und -fertigkeiten zu geben.

Die meisten körperlichen Schädigungen sind allerdings weniger ursächlich als vielmehr symptomatisch bzw. kompensatorisch ausgleichbar bzw. zu behandeln; dies trifft wiederum in besonderer Ausprägung auf die Fälle der Cerebralparese zu.
Die Krankengymnastik als spezielle medizinische Therapie bei Körperbehinderten ist notwendig, um solche Bewegungsfunktionen zu schulen , die sowohl für die altersgemäße motorische Entwicklung als auch zur Erlernung von Alltagstätigkeiten grundlegend sind. Ein besonders frühes Einsetzen der Krankengymnastik führt dabei im allgemeinen zu den besten Erfolgen (Bobath, 1971).
Allerdings sind die Erfolge einer krankengymnastischen Behandlung bisher noch nicht empirisch überprüft; dies betrifft auch die Wahl einer bestimmten Behandlungsmethode. (1) Zusätzlich zu der Krankengymnasik werden Therapien angewandt, die sich mit speziellen Zusatzschäden oder anderer, v.a. die spezielle Geschicklichkeit betreffenden (Handgeschicklichkeit, Fingergeschicklichkeit) Schäden befassen. Dabei werden diese Maßnahmen häufig in dem Grenzbereich zwischen Medizin und Pädagogik oder Psychologie angesiedelt: Durch die Anwendung solcher

1) Vgl. hierzu die Behandlungsmethoden nach: Bobath, Vojta, Kabat, Fay, Rood, Petö als die gängigsten Methoden. (Vgl. auch entsprechende Kapitel in in Matthiaß u.a., 1971)

zusätzlicher Therapieformen wird nämlich nicht nur auf den medizinisch diagnostizierbaren Schaden eingegangen, sie dienen letztendlich auch der Sozialbilität, der Kommunikationsfähigkeit und der Rezeptionsfähigkeit.
Unter diese speziellen zusätzlichen therapeutischen Maßnahmen fallen:
Therapie bei Sprach- und Hörstörungen (Logopädie, Audiotherapie, Trink-, Eß-, Atem- und Stimmtherapie)
Die Schulung von Hand- und Fingergeschicklichkeit (Beschäftigungstherapie).
In der Untersuchung weitergehender Möglichkeiten zur Verbesserung von Bewegungsfähigkeiten und Bewegungsfertigkeiten körperbehinderter Kinder werden in jüngster Zeit verschiedene Sportarten bzw. sportliche Bewegungen (Leichtathletik, Trampolin, Skilauf, Radfahren, Rudern, Reiten, Schwimmen) dahingehend überprüft, ob und wenn, inwieweit sie als zusätzliche medizinisch-therapeutische Maßnahme (in Anlehnung an die Krankengymnastik-Therapie) helfen können, eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten körperbehinderter Kinder zu fördern. Sport als Therapie für Körperbehinderte hätte gegenüber der Krankengymnastik den Vorteil, daß neben der Verbesserung motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten psychische und soziale Komponenten, etwa Motivation zur selbständigen Bewegung oder Erlernung sozialen Verhaltens an Bedeutung gewinnen können. Zusätzlich könnten sportliche Bewegungen nach Erlernung einer Grobform selbständig ohne Anleitung ausgeführt werden. Die Eignung verschiedener Sportarten (nicht: des Sports) als spezielle Therapie steht noch weitgehend im Stadium der Erprobung, wobei schon einige positive Ergebnisse zu verzeichnen sind. (vgl. Bausenwein u.a., 1977)

Die medizinische Therapie mit ihren verschiedenen Maßnahmeformen ist weitgehend nur auf den funktionellen Aspekt gerichtet. Psychische und soziale Schwierigkeiten, die beim Körperbehinderten zwangsläufig Folgeerscheinungen sind, werden zwar teilweise mitdiskutiert (vgl. etwa Bobath, 1971), sie werden aber immer wieder auf den

medizinischen Tatbestand als entscheidende Ursache zurückgeführt. Aus diesem Grund ist die medizinische Diagnose und Therapie als grundlegende Maßnahme aller Rehabilitationsarbeit zu betrachten.

Zwangsläufig ist medizinische Therapie bei Körperbehinderten immer auf die Behandlung des einzelnen Falles angelegt:

> "Die Frage der Einzel- oder Gruppenbehandlung hat sich bei uns durch die Praxis eindeutig beantwortet: Aufgrund der Individualität des Cerebralparetikers ist die Einzelbehandlung die einzig richtige und erfolgversprechende therapeutische Maßnahme." (Hanke, 1971, S. 73)

5.2.2. Maßnahmen im pädagogisch/psychologisch/sozialen Bereich

Die pädagogische Betreuung und Förderung körperbehinderter Kinder beginnt im allgemeinen mit dem Schulalter; die Arbeiten, die die familiale Situation körperbehinderter Kinder thematisieren, deuten auf die Notwendigkeit zu einer Elternberatung und zu einer Einbeziehung der Eltern in die therapeutischen Maßnahmen; vor allem die negativen Beziehungen zwischen körperbehindertem Kind und Eltern, als auch das häufig inadäquate Erziehungsverhalten der Eltern, beides Folgen der Uninformiertheit und der Voreingenommenheit gegenüber Körperbehinderten, bedürfen hier umfassender Maßnahmen (s.o.,S. 38 ff).
Vermehrt werden deshalb Erziehungsberatungsstellen speziell für die Probleme von Eltern mit körperbehinderten Kindern befaßt, Informationsmaterial herausgegeben, Eltern an der Therapie beteiligt (vgl. z.B. König, o.J.).
Ein Erfolg derartiger Maßnahmen ist weitgehend davon abhängig, ob und wie die Eltern bereit sind, sich zu informieren, aktiv zu werden, sich mit den spezifischen Problemen ihres Kindes zu befassen und diese entsprechend zu verarbeiten. Die Probleme, die sich für die soziale Entwicklung des körperbehinderten Kindes aus der Notwendigkeit einer Sonderbehandlung schon relativ früh nach

der Geburt ergeben, beispielsweise der häufige Klinikbesuch, Operationen, therapeutische Maßnahmen etc. setzen sich mit der Einschulung fort. Die Möglichkeiten zu optimaler Betreuung und Förderung sind, soweit erkennbar, sehr begrenzt. Und wenn auch das körperbehinderte Kind eine solche Einrichtung in seiner näheren Umgebung vorfindet, so ist zu fragen, ob eine derartige Sonderförderung, wie sie diese Institutionen bieten, letztendlich dem Ziel jeglicher Rehabilitationsarbeit, weitestgehender sozialer Integration, dienlich ist. Eine zentrale Fragestellung im Zusammenhang pädagogischer Förderung körperbehinderter Kinder ist nämlich die, ob es sinnvoller ist, körperbehinderte Kinder in Sonderinstitutionen auf spezielle Berufs- bzw. Lebensläufe vorzubereiten, oder ob es dagegen nicht besser ist, körperbehinderte Kinder soweit als möglich in Normalinstitutionen (Kindergärten/Schulen) zu belassen, damit sie als auch ihre Nichtbehinderten möglichen Partner die besonderen Voraussetzungen kennenlernen und sich gegenseitig akzeptieren lernen. Eine Gegenüberstellung der beiden Möglichkeiten pädagogisch-institutioneller Unterweisung körperbehinderter Kinder läßt jeweils einen eigenen Aspekt der sozialen Eingliederung hervorheben:

- Die Einbeziehung in die Normalinstitution legt das Gewicht auf die Notwendigkeit, durch regelmäßige Kontakte und Interaktionen vorurteilsbedingte Diskriminierung abzubauen.
- Die Förderung in Sonderinstitutionen legt Wert auf den funktionalen Aspekt der Integration, nämlich Körperbehinderte individuell, entsprechend ihrer besonderen Schwächen und ihrer Möglichkeiten zu fördern und zu betreuen, damit es ihnen später gelingen kann, sich auch soweit als möglich v.a. beruflich zu sichern.

Nun zeigt diese Gegenüberstellung allerdings nur die Pole der derzeitigen Lage: Häufig, v.a. für die leichter Behinderten, trifft es nämlich zu, daß beide Einrichtungen

besucht werden, wenn etwa morgens eine normale Volksschule, nachmittags eine Tagesstätte zur therapeutischen Betreuung besucht wird. (- Hier kann übrigens die Marginalsituation leichter behinderter Kinder gezeigt werden: Welcher Gruppe sollen sie sich primär zugehörig fühlen? Angestrebt ist sicherlich die Zugehörigkeit zur Gruppe der Nichtbehinderten und die Teilnahme an deren Aktivitäten. Die Notwendigkeit der Therapie macht aber auch eine Anpassung an den Umgang mit anderen, schwerer behinderten Kindern, die sich nur in den Sonderinstitutionen aufhalten, unumgänglich. So stehen diese leichter behinderten Kinder häufig zwischen der Gruppe der Nichtbehinderten und der der Schwerbehinderten, wobei sie sich ersterer zurechnen möchten, der zweiten aber zugezählt werden.)
Beide derzeit praktizierte Maßnahmen um körperbehinderte Kinder institutionell pädagogisch zu fördern, weisen allerdings entscheidende Nachteile auf:
Bei der Einbeziehung in die Normalinstitution kann nämlich mit Recht eingewandt werden, daß soziale Integration noch nicht allein dadurch geschieht, daß das behinderte Kind mit Nichtbehinderten dort zusammenkommt; zudem wird es wahrscheinlich sein, daß Vorurteile, geringe Erfahrungen sowie die häufige Überforderungssituation, der das körperbehinderte Kind dauernd ausgesetzt ist, eher einen gegenteiligen Effekt haben dürften. Bei der Einweisung in eine pädagogische Sonderinstitution kann wiederum eingewandt werden, daß hier ein Schonraum für das körperbehinderte Kind aufgebaut wird, der sich im Umgang mit anderen, nichtbehinderten, Personen nachteilig auswirken kann. Allerdings verhindert eine eigene Förderung in Sonderinstitutionen sicherlich eine Anhäufung von Mißerfolgserlebnissen, bereitet auf besondere Fähigkeiten vor, die bei der späteren, v.a. beruflichen Eingliederung, von entscheidender Bedeutung sein können.

Demgemäß scheint es immerhin noch sinnvoller, körperbehinderte Kinder in Sonderinstitutionen zu fördern, als

sie ohne Vorbereitung in eine Normalinstitution zu schicken. Nun besagen aber diese zwei bestehenden Möglichkeiten pädagogischer Förderung körperbehinderter Kinder noch nicht, daß es nicht noch eine bessere Möglichkeit gäbe: Die Überlegungen der mit der pädagogischen, psychologischen und sozialen Förderung körperbehinderter Kinder befaßten Praktiker und Wissenschaftler zielen denn auch auf eine neue Konzeption, in der sowohl der Aspekt frühzeitiger sozialer Kontaktaufnahme nichtbehinderter und körperbehinderter Kinder als auch die bestmögliche funktionale Förderung berücksichtigt werden soll.

In Kritik des bestehenden Fördersystems werden sowohl für das Kindergarten- als auch das Schulalter konkrete Alternativen aufgezeigt:
In den Empfehlungen der Bildungskommission (DBR 1973) (1) sind diese alternativen Vorstellungen zusammengefaßt:
Die neue Konzeption zur Förderung behinderter Kinder sieht eine weitestgehende gemeinsame Unterrichtung von nichtbehinderten und behinderten Kindern vor, sie soll vor allem aber auch behinderten Kindern, für die eine gemeinsame Unterrichtung mit nichtbehinderten Kindern nicht möglich scheint, soziale Kontakte und Interaktionen ermöglichen; damit soll die bestehende Isolations- und Selektionstendenz zugunsten einer Integrationstendenz verändert werden. (S. 16)
Dazu bedarf es besonderer pädagogischer Fördermaßnahmen und besonderer organisatorisch-institutioneller Voraussetzungen. Eine pädagogische Förderung des behinderten Kindes sollte schon im ersten Lebensjahr einsetzen; bei der Aufnahme eines behinderten Kindes in den Kindergarten im 3./4. Lebensjahr sollte die Hausfrüherziehung weitergeführt werden. Für die Förderung behinderter Kinder ergeben sich drei Organisationsformen:

---

1) Es muß allerdings angemerkt werden, daß diese Vorstellungen für alle Formen der Behinderung entwickelt wurden, so daß sich für spezielle Behinderungsformen sicher auch gesonderte Problembereiche ergeben, die berücksichtigt werden sollten.

- Spielgruppen für behinderte Kinder, die einer umfänglichen behindertenspezifischen Förderung bedürfen (z.B. Sprachanbahnung)
- Spielgruppen von behinderten und nichtbehinderten Kindern für eine stundenweise gemeinsame Förderung
- Spielgruppen nichtbehinderter Kinder, in die behinderte Kinder auf Dauer aufgenommen werden.

(a.a.O., S. 55)

Die schulische Förderung sollte unterrichtsorganisatorisch dem Anspruch sozialer Integration durch ein differenziertes Fördersystem im Raum der Schule entgegenkommen. Dieses differenzierte System von Fördereinrichtungen reicht:

- von der gemeinsamen Unterrichtung aller Kinder, auch der Behinderten
- über Organisationsformen einer teilweise gemeinsamen Unterrichtung und einer parallel durchgeführten separaten Förderung behinderter Kinder
- bis zur getrennten Unterrichtung behinderter Kinder in Schulen für Behinderte (a.a.O., S. 66)

Betont wird die Durchlässigkeit dieses Systems; durch die Differenzierung der Fördereinrichtungen können getroffene Entscheidungen für die Zuweisung zu einer bestimmten Organisationsform wieder rückgängig gemacht werden.

In den Empfehlungen der Bildungskommission werden detaillierte Vorschläge einer didaktischen und organisatorischen Grundlage eines neuen Systems im Rahmen pädagogischer Förderung von behinderten Kindern vorgelegt. Dabei scheint die Durchführbarkeit weniger von Problemen der finanziellen Realisierung als vielmehr von der Bereitschaft zur Reform bestehender Systeme abzuhängen. Ähnliche Äußerungen und Vorstellungen finden sich bei Schönberger (1972 a), Schmeichel (1974), Pohl (1976).

Neben den Organisationsformen, in denen körperbehinderte Kinder derzeit pädagogisch gefördert werden bzw. welche neu konzipiert sind, interessieren solche Maßnahmen, mit denen innerhalb der Organisationen auf die besonderen zusätzlichen Probleme der Körperbehinderten eingegangen wird. V.a. bei den leichter behinderten Kindern sind es nämlich auch die Verhaltensprobleme, die häufig eine Integration in die Gemeinschaft nichtbehinderter Kinder erschweren.

In einer schon weiter oben zitierten Arbeit jüngeren Datums (Kunert, 1976) wurde die Wirksamkeit spezifischer Erziehungsmaßnahmen bei körperbehinderten Kindern in Kindergarten- und Schulalter untersucht. In Anlehnung an die Erziehungspsychologie bei Verhaltensschwierigkeiten/ Verhaltensgestörten (Rogers, 1951, Tausch, 1956, Axline, 1948, Dohrmann, 1957, Dührssen, 1960, Däumling, 1965), als Psychagogik bezeichnet, diskutiert sie geeignetes Erzieherverhalten bei körperbehinderten Kindern. Es wird davon ausgegangen, daß sowohl Sonderkindergarten als auch Sonderschule neben der medizinischen Therapie und den sonderpädagogischen Maßnahmen die Aufgabe zukommt, die verminderte Sozialfähigkeit körperbehinderter Kinder zu verbessern. Psychagogische Maßnahmen sollen nach Auffassung der Autorin zu einer Angleichung der auffallenden Verhaltensformen im sozialen Bereich führen (S.92). Die Aufgaben der Psychagogik sind im Anschluß an Däumling (1965) in folgenden Bereichen zu sehen:

a) Die individuelle Lebenshilfe bei seelischen Konflikten und Fehlhaltungen.
b) Die Menschenführung in der Gemeinschaft, besonders bei Störungen des Sozialbezugs.
c) Die Förderung der Persönlichkeitsreifung durch Überwindung hemmender Fixierungen an Personen und Situationen sowie auch durch Gewinnung neuer Lebenseinstellungen.

Psychagogische Maßnahmen sind sowohl in Einzel- als auch Gruppentherapie durchführbar, wobei der Spieltherapie besondere Bedeutung - vornehmlich bei gehemmten und aggressiven Kindern - zukommt. (Däumling)

Kunert diskutiert das Erziehungsverhalten gegenüber körperbehinderten Kindern im Spannungsfeld zwischen Lenkungsprinzip (1) und nicht-direktiver Spieltherapie (2).

Nach Meinung der Autorin ist das nicht-direktive Verfahren trotz der damit verbundenen Schwierigkeiten eher geeignet, um beim körperbehinderten Kind Verhaltensauffälligkeiten abzubauen. Zwei Probleme sind dabei bewußt zu machen:

- die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit beeinflußt ein Realisieren der Spielidee negativ; das Spiel darf deshalb vom Therapeuten nicht beeinflußt werden, das Prinzip des Nichtlenkens ist konsequent durchzuhalten; der Therapeut soll helfen, aber keine Entscheidungen abnehmen;
- die motorische Behinderung bedingt eine Verlangsamung des Agierens; dem Kind darf aber, trotz eines Mehrs an Zeitaufwand keine Hilfe angeboten werden, "sofern es sie nicht selbst verlangt" (S. 121)

Die Autorin schließt sich der Ansicht Kleins (1962), der die verschiedenen Möglichkeiten nicht-direktiver Kindertherapie einer baldigen Bewußtmachung von Konfliktstoffen vorzieht.

---

1) Lenkungsprinzip nach Dührssen
   - emotional: Anteilnahme/Interesse, wissendes Verständnis, Zuspruch und Trost, Anerkennung/Lob, aktive Ermunterung
   - Lenkung: direkte Aufforderung zu bestimmten Verhaltensweisen, Haltungen von Abwehr, Kritik, Mißbilligung notwendig

2) Nicht-direktive Therapie (Axline/Tausch)
   - emotional: warme, freundliche Beziehung zum Kind, akzeptieren, Freiheit, alle Gefühle auszudrücken, Reflexion der Gefühle durch den Therapeuten
   - Lenkung: keine differenzierten Angebote, keine Erleichterung in der Auswahl des Spielangebotes, kein Hilfe-Verhalten, kein Tadel/Kritik/Strafe, keine Verhaltensnormen selbständiges Spielen ohne Anleitung

Grundsätlich scheint die psychagogisch orientierte Erziehung geeignet, um

> "bestehende Verhaltensstörungen abzubauen, um eine je mögliche Entfaltung psychischer Funktionen und eine dem Gesunden angenäherte Persönlichkeitsentwicklung zu erreichen." (a.a.O., S. 124)

Psychagogische Maßnahmen sind aber nur im Kontext einer Sondererziehung möglich und sinnvoll. Sollen sie auch

> "Verhaltensformen begünstigen, die eine Voraussetzung für die Eingliederung in die Gesellschaft sind." (S. 123),

so fragt sich dann doch, ob ein eigenes Üben "geeigneter" Verhaltensformen mithilfe spezieller Erziehungsmaßnahmen sich tatsächlich auch bei der Kontaktsituation mit Nichtbehinderten entsprechend auswirkt. Auch die Arbeit Kunerts kann nämlich keine Antwort darauf geben, wie sich ein derart therapeutisch betreutes körperbehindertes Kind gegenüber einem gesunden Kind, etwa in einer Spielsituation, äußert und verhält.

Zudem ist dann auch zu fragen, ob ein "besonderes" Erziehungsverhalten, wie es in der Psychagogik angelegt ist, hinsichtlich der Auseinandersetzung mit normalen sozialen Situationen nicht vielleicht gerade das Gegenteil bewirkt, da das körperbehinderte Kind etwa Tadel/Kritik/Strafe nicht mehr gewohnt ist, es deshalb als ein unübliches Erzieherverhalten beurteilt und entsprechen auch abweichend reagiert. Wie soll sich dann auch ein Lehrer/Erzieher einem körperbehinderten Kind gegenüber verhalten, das zusammen mit nichtbehinderten Kindern betreut oder unterrichtet wird?

Damit tritt auch hier wieder das Dilemma der Sonderförderung von körperbehinderten Kindern zutage: Einerseits scheint Sonderförderung unumgänglich, um Körperbehinderten eine Kompensation primär und sekundär bedingter Sozialisationsdefizite zu ermöglichen und damit ein Optimum an Lebenschancen zu bieten; andererseits ist aber eine Ausweitung von Sonderförderungsprogrammen, v.a. was die

Therapie betrifft, nur dann durchführbar, wenn Körperbehinderte vermehrt in Sonderinstitutionen separiert werden. Ein Ausgleich beider, sich widersprechenden, Forderungen zur sozialen Integration Körperbehinderter, - Sonderförderung zur späteren funktionalen Eingliederung oder weitestgehende gemeinsame Förderung zusammen mit Nichtbehinderten um möglichst vorurteilsfreie Kontakte und Interaktionen aufzubauen, Separierungs- und Diskriminierungstendenzen des täglichen Umgangs dagegen abzubauen - zu finden, scheint mir eine der wesentlichen Aufgaben, die die Rehabilitationsforschung noch zu bewältigen hat.

5.2.3. Berufsvorbereitende Maßnahmen

Gemäß § 62 des Arbeitsförderungsgesetzes ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung für den Bereich der beruflichen Rehabilitation Behinderter verantwortlich. Ihm unterstehen auch die verschiedenen Einrichtungen zur Berufsförderung behinderter Jugendlicher und Erwachsener; diese können nach den folgenden vier Arten unterschieden werden:

a) Berufsförderungswerke zur Umschulung und Ausbildung behinderter Erwachsener

b) Berufsbildungswerke zur erstmaligen Ausbildung behinderter Jugendlicher

c) Spezialzentren für die sozialmedizinisch bedeutsamsten Krankheiten und Behinderungen, in denen bereits am Krankenbett mit beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation begonnen wird

d) Werkstätten für Behinderte, in denen diejenigen einen Arbeitsplatz finden sollen, die wegen der Schwere der Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht unterkommen können.

Nach den Erfahrungen des Berufsförderungswerkes Heidelberg sind in der Konzeption von Berufsförderungswerken folgende Anforderungen zu berücksichtigen:

- Neben Ausbildung und Umschulung auch ausbildungsbegleitende Leistungen zur Eingliederung Behinderter
- Mindestens 400 - 500 Ausbildungsplätze und eine entsprechende Anzahl von Internatsplätzen, wobei davon Spezialeinrichtungen (z.B. für Querschnittgelähmte) ausgeschlossen sind
- Zukunftsorientierung und Berücksichtigung arbeitsmarktpolitischer Erfordernisse
- Ärztliches, krankengymnastisches, physiotherapeutisches sportliches Begleitprogramm mit entsprechendem Fachpersonal. Dazu ein psychologischer Dienst der Rehabilitationsberatung
- Aufnahme verschiedener Behinderungsarten; der Aufnahme geht eine sorgfältige Vorbereitung der Fachdienste voraus (Gesamtplan, Eingliederungsvorschlag des Arbeitsamtes etc.).

Der Bestand an entsprechenden Plätzen wird mit 6 000 angegeben, der Bedarfsplan errechnete 10 000 Ausbildungs- und Umschulungsplätze.
Die von der "Stiftung Rehabilitation" (1972) aufgestellte Kalkulation einer beruflichen und sozialen Eingliederung von ca. 80 % aller Behinderten im berufsfähigen Alter setzt voraus, daß erhebliche Änderungen in Struktur und Organisation bestehender Rehabilitationsarbeit vorgenommen werden.

Neben einem einheitlichen bundesweiten Konzept zur Gestaltung von Rehabilitationseinrichtungen müssen dabei eine genügende Anzahl ausgebildeter Fachkräfte bereitstehen, eine fachgerechte Beratung möglich sein, Zentren zur Früherfassung und Frühbehandlung von Geburt an Behinderter geschaffen werden, eine Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation beteiligten Organisationen, die Anwendung zeitgerechter Methoden sowie eine angemessene Nachsorgung durchgesetzt werden.

II. Kapitel

Sport und seine Bedeutung für die Rehabilitation körperbehinderter Kinder

1.1. Zur Bestimmung des Begriffes"Sport"

Das Problem, den Begriff "Sport" eindeutig zu bestimmen, besteht sowohl darin, daß es eine Vielzahl von Tätigkeiten sind, die nach allgemeiner Auffassung als sportliche Handlungen bezeichnet werden, als auch, daß mit der sportlichen Aktivität jeweils sehr verschiedene Zielsetzungen verbunden sein können. (1)
Infolgedessen divergieren auch die Definitions- und Operationalisierungsversuche eines Sportbegriffes erheblich voneinander; mit Diem (1960) erscheint es deshalb notwendig und sinnvoll, den Begriff für den jeweils speziellen wissenschaftlichen Sprachgebrauch zu präzisieren. Bei einem Vergleich verschiedener Definitionsversuche (Lüschen, 1972, 1976, Bernett, 1976, Diem, 1972) können allerdings relativ übereinstimmend zentrale Merkmale des Sportbegriffs identifiziert werden:

- Mit Sport sind i.a. körperliche Aktivitäten oder Tätigkeiten gemeint.
- Sport meint eine leistungsbezogene Tätigkeit, wobei die Norm persönlich gesetzt sein, durch den Rekord bestimmt oder über den Vergleich gesucht werden kann.

Sport im engeren Sinne enthält beide Merkmale. Sekundär werden unter Sport auch nicht-körperliche Aktivitäten im Wettbewerb (z.B. Schachspiel), als auch körperliche Aktivitäten ohne Leistungsanspruch (v.a. ohne Wettbewerb) verstanden (z.B. verschiedene Formen des Ausgleichsports).

---

1) Vgl. etwa auch die Vielzahl der im DSB organisierten Sportarten, sowie die unterschiedlichen Zielsetzungen, mit denen beispielsweise Ausgleichssport oder Professional-Sport betrieben werden.

Geht man allerdings von der sportlichen Praxis aus, so zeigt sich, daß diese durch das Streben nach

- technischem Können (motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten) und nach
- Leistung und Leistungsvergleich im geregelten Wettkampf (Röthig, 1976, S. 279)

charakterisiert ist.

Eine Realdefinition des Begriffes "Sport" grenzt sportliche Betätigung auf diejenigen Aktivitäten ein, die beide Momente enthalten. Nur wenn beide Merkmale innerhalb der Begriffsbestimmung berücksichtigt sind, kann auch eine Abgrenzung zu anderen, nichtsportlichen Tätigkeitsbereichen, etwa der Arbeit, dem Spiel etc. gelingen. Im Sport sind sowohl Elemente des Spiels (als eines zweckfreien Tuns) als auch der Arbeit (als einer zweckgerichteten planmäßigen Durchführung von Tätigkeiten) enthalten, wobei Spiel und Arbeit jeweils die Grenzbereiche sportlicher Betätigung darstellen. Das Problem einer eindeutigen Bestimmung des Sportbegriffs liegt somit auch darin, welchem der beiden Elemente ein größeres Gewicht eingeräumt werden soll. (1)

---

1) So gewinnt der professionelle Sport seinen Reiz wesentlich auch dadurch, daß in ihm noch eine Spielidee enthalten ist, obwohl er durch die planmäßige Durchführung (Training) als auch durch die externe Belohnung eine Form von Arbeit darstellt; andererseits verfolgt auch der etwa als Freizeitbeschäftigung betriebene Sport bestimmte Zwecke, die ihn vom Spiel abheben (Ausgleich des Bewegungsmangels, Entspannung, Wiederherstellung der Arbeitskraft etc.)

1.2. Das Leistungsprinzip im Sport als Ideologie

Die Dimension "Leistung" als Bestandteil des Sportbegriffs ist aus zwei Gründen einer kritischen Überprüfung zu unterziehen: Einerseits suggeriert das Leistungsprinzip im Sport, als wären die Ausgangsbedingungen, die Startchancen tatsächlich gleichzusetzen und der sportliche Erfolg nur von der erbrachten Leistung abhängig, andererseits ist jene Dimension ein zentraler Ansatzpunkt für unsere empirische Untersuchung, d.h. die allgemeine wie spezielle - untersuchungsrelevante - Problematik dieses Begriffs soll an dieser Stelle bewußt gemacht werden.

Wenn auch in ihren Konsequenzen kritisierbar, ist es doch ein Verdienst der "links" orientierten Sporttheorie, die gesellschaftliche Bedeutung und ideologische Überfrachtung der Leistungsdimension im Sport aufgezeigt zu haben. (1)

Sport kann nach Auffassung dieser Sporttheorie nicht aus dem gesellschaftlichen System als eigenständiger Bereich ausgeklammert werden, vielmehr ist er diesem in jeder Beziehung eng verhaftet und wird auch von diesem - etwa über die Politik - in Anspruch genommen; das bedeutet, daß die Prinzipien, die allgemein als Normen in der Gesellschaft bedeutsam sind, auch für den Bereich des Sports Geltung besitzen.

Das Leistungsprinzip als ein hervorstechendes Merkmal von normativem Rang innerhalb der "demokratischen Leistungsgesellschaft" wird dabei als ein besonders gerechtes Prinzip dargestellt, um soziale Ränge zuzuordnen, wobei eben dies als Ideologie in einer Gesellschaftsformation festgestellt wird, in welcher die Ausgangsbedingungen zur Erreichung von sozialen Positionen ungleich verteilt sind.

---

1) Vgl. hierzu etwa: Böhme u.a., 1972, Prokop, 1972, Rigauer, 1972, Vinnai, 1970/1972

Für den Sport wurde nun das Leistungsprinzip lange Zeit und unkritisch abgehoben gegen das der gesellschaftlichen Rangverteilung; hier komme es nun wirklich auf die individuelle Leistung an, und wer diese erbringe, stehe auch ganz oben; daß dies bei Hundertstel-Sekunden oder Zentimerter-Differenzen nicht mehr so ganz stimmen kann, wurde i.a. nicht berücksichtigt; wieviele zusätzliche Probleme das Leistungsprinzip im Sport zudem noch enthält, wurde erst aufgrund der relativ massiven Kritik an der Ideologisierung dieses Prinzips ins Bewußtsein gerückt.

Welche Probleme sich durch das Leistungsprinzip im Sport ergeben können, zeigt Heinemann (1975) auf:

- Es müssen jene Faktoren bestimmt werden, die Leistung ursächlich bestimmen (individuell, sozialstrukturell, ökonomisch, kulturell).
- Die Probleme einer funktionalen und instrumentellen Überlastung des Sports müssen geklärt werden.
- Das Problem der möglichen Inkonsistenz von Leistungsdimensionen in verschiedenen Bezugssystemen muß untersucht werden (Sport und andere Systeme).
- Mögliche negative Folgeerscheinungen für den einzelnen sind darzustellen (vgl. S. 131/132).

Die Konsequenzen, die sich aus der Überstrapazierung des Leistungsprinzips im Sport ergeben können, sind möglicherweise folgende:
Eine immer stärkere Einbeziehung auch nicht leistungsbezogener Aktivitäten in dieses Prinzip, ohne die Frage nach Sinn und Zweck für den einzelnen zu stellen.

Die Statuszuweisung aufgrund sportlicher Leistungen ist insofern besonders unsicher, da viele zusätzliche Risiken - etwa Verletzung, Alter etc. - bestehen, die einen sozialen Abstieg bei Nichterbringen sportlicher Leistung sehr schnell ursächlich bewirken können.

Zudem stehen die im Leistungsprinzip immanenten Tendenzen zur Individualisierung im Konflikt zu wesentlichen Zielen der Sportausübung wie "Kameradschaft", "Fairness" etc., was letztlich zu geringer Solidarität, geringer Gemeinsamkeit von Interessen führen kann.

Das Aufzeigen dieser Probleme ist inbesondere relevant in jenen Bereichen, in welchen Sport als Mittel zu Rehabilitation oder Resozialisation eingesetzt werden soll; ob eine nicht überdachte Einsetzung von Leistungsprinzipien dabei nicht gerade den Zielen der Rehabilitationsarbeit zuwiderläuft, muß an dieser Stelle gefragt werden.

1.3. Die Differenzierung des Sports

Die Vielfalt der Erscheinungsformen sportlicher Betätigung erfordert eine Systematisierung und Gliederung sportlicher Handlungen und deren Rahmenbedingungen. Vor allem hinsichtlich der gesellschaftlichen Relevanz verschiedener Funktionen des Sports ist eine Differenzierung jener Bedingungen, unter denen Sport ausgeübt wird und werden kann, sinnvoll.

Es können drei Differenzierungskriterien ausgemacht werden nach:
1) Sportarten
2) Zweck und Zielen der Sportausübung
3) Organisationsformen

1.3.1. Sportarten

Als Sportarten bezeichnet man bestimmte, deutlich voneinander abgrenzbare sportliche Betätigungsmöglichkeiten. Eine Sportart kann demnach als eine Spezialtätigkeit innerhalb des Gesamtkomplexes Sport verstanden werden, wobei die Unterscheidung nach folgenden allgemeinen Kriterien vorgenommen werden kann:

- die Bewegungen, die jeweils die sportliche Handlung konstituieren (Laufen, Springen, Werfen, Schwimmen etc.)
- die Kriterien, nach denen diese Handlungen als Leistungen bewertet werden (z.B. benötigte Zeit beim Skirennen, erzielte Treffer beim Fußball, Bewegungsausführung beim Geräteturnen etc.)
- die Partnerbezüge und Umweltbedingungen, unter denen diese Leistungen gemäß den Wettkampfreglement erbracht werden müssen (vgl. Grupe, 1977, S. 201)

Häufig sind die verschiedenen Sportarten nochmals in verschiedene Disziplinen gegliedert (z.B. bei der Leichtathletik, beim Schwimmen, Turnen), wobei dies vornehmlich die sog. Einzelsportarten betrifft.
Zur Organisierung von Wettkämpfen und Wettbewerben werden verbindliche Normen und Regeln festgesetzt, um die Leistungen innerhalb der Sportarten vergleichbar zu machen.

1.3.2. Zweck und Ziele der Sportausübung

Zweck und Ziele der Sportausübung können durchaus unterschiedlich gesetzt sein; dies hängt zudem davon ab, wie stark folgende Kriterien

- Menge des Zeitraumes und Zeitaufwandes der sportlichen Betätigung
- Intensität und Planmäßigkeit sportlichen Übens ("Training")
- Motive sportlicher Betätigung

ausgeprägt sind.

Nach dem Ausprägungsgrad dieser Kriterien lassen sich drei Bereiche voneinander abgrenzen:

Freizeitsport

Dieser mißverständliche, aber doch offizielle Sammelbegriff für Ausgleichssport, Breitensport, Jedermannsport, Erholungssport, Life-time-Sport etc. weist zunächst nur auf den Zeitraum sportlicher Betätigung hin.
Der Zeitaufwand ist bei dieser Form sportlicher Betätigung nicht festgesetzt, es besteht keine Notwendigkeit zu regelmäßigem, planmäßigem Üben. Das Motiv liegt zumeist weniger in einer sportimmanenten Leistungsorientierung als in sportexternen Faktoren eine Ausgleichs zur Arbeit (Rekreation, Kompensation, Reproduktion) als auch der Freude an der Bewegung, der Geselligkeit, der Selbstverwirklichung.
Freizeitsport wird sowohl organisiert (in Sportvereinen) als auch nichtorganisiert, sowohl nach festgesetzten Normen und Regeln von etablierten Sportarten, als auch mit veränderten Regeln, Spiel- und Wettkampfinhalten durchgeführt. Freizeitsport kommt der Spielidee auf dem **Kontinuum** möglichen Sporttreibens zwischen Sport und Arbeit am nächsten. (Vgl. DSB 1974, Dieckert, 1974, Güldenpfennig, 1974)

Leistungssport

Da "Leistung" als inhaltlicher Bestandteil des Sportbegriffs festgelegt wurde, scheint der Terminus "Leistungssport" tautologisch zu sein; in Abgrenzung allerdings zum Begriff "Freizeitsport" weist er darauf hin, daß die Leistungsorientierung, der Leistungsvergleich die entscheidende Rolle bei dieser Form sportlicher Betätigung spielen.
Entscheidendes Kriterium für Leistungssport ist nach Haag (1976, S. 191) das sich an persönlichen, und damit relativierten Grenzen orientierende Anspruchsniveau des Leistungssports treibenden Menschen.

Die Beurteilung des Leistungssports nach oben aufgeführten Merkmalen zeigt, daß dieser zwar i.a. in der Freizeit ausgeübt wird, daß aber die Notwendigkeit zu regelmäßigem und planmäßigem Üben den Zeitaufwand für die sportliche Betätigung entscheidend erhöhen.
Während beim Freizeitsport kein planmäßiges Üben beobachtet und abgegrenzt werden kann, ist der Leistungssport wesentlich dadurch gekennzeichnet, daß zwischen dem vorbereitenden Training (zur Verbesserung motorischer Grundeigenschaften, motorischer Fertigkeiten und taktischer Fähigkeiten) und dem regelmäßig stattfindenden sportlichen Wettkampf als Ziel und eigentlicher Sportausübung unterschieden werden muß.

Die Bezugsgründe zu sportlicher Betätigung als Leistungssport sind zunächst sicherlich in der Regel ähnlich denen des Freizeitsports, die Zielsetzung liegt aber wesentlich in der persönlichen oder mannschaftlichen Leistungsverbesserung sowie dem Leistungsvergleich im Wettkampf.

Umfang, Inhalte und Intensität des als Leistungssport betreibenden Trainings, als auch die vergebenen Belohnungen (Rangordnung, soziale Anerkennung, Preise etc.) zeigen eine starke Ähnlichkeit zu Formen und Inhalten von Arbeit.
(Vgl. ADL, 1964, DSB, 1975, Pfetsch u.a., 1975)

Hochleistungssport/Spitzensport

Hochleistungs- oder Spitzensport ist der auf verschiedenen Ebenen (regional/national/international) betriebene Wettkampfsport mit dem Ziel der absoluten sportlichen Höchstleistung. Für den Hochleistungssportler reicht im allgemeinen der Spielraum einer normalen Freizeit zur Erreichung der geforderten Zielsetzung nicht aus; Spitzen- oder Hochleistungssport wird deshalb i.a. als Berufssport bzw. halbprofessionell betrieben. Das Training richtet sich in Umfang, Methodik und Intensität nach den möglichen Erkenntnissen, v.a. der Sportmedizin. Da der Spitzen-/Hoch-

leistungssport erheblich von der Finanzierung, d.h. von der Möglichkeit professioneller Ausübung abhängig ist, sind sowohl die Motive der Sportler selbst als auch derer, die diese Form der Sportausübung finanzieren (Zuschauer, Staat, Verbände, private Sportunternehmer) zu berücksichtigen. Die Motive des Hochleistungssportlers unterscheiden sich zunächst von denen des Leistungssportlers qualitativ sicherlich nicht (wobei allerdings vergleichende Motivuntersuchungen auf diesem Sektor fehlen); Motive zur Finanzierung des Hochleistungssports sind dagegen mit ziemlicher Sicherheit in sportexternen Bereichen angesiedelt (Wirtschaftlicher Gewinn, Nationale Selbstdarstellung etc.).

Im Unterschied zum Leistungssport gewinnt der Hochleistungssport seine stete Bedeutung durch die Berichterstattung, die diesen in die Nähe einer Unterhaltungsshow rücken (Zuschauersport).
(Vgl. Pfetsch u.a. 1975, Lempart, 1973)

1.3.3. Organisationsformen

Nach Grupe (1977) können folgende Organisationsformen der sportlichen Betätigung unterschieden werden:

- Sport in den unabhängigen Sportorganisationen
  (DSB mit angeschlossenen Verbänden, Vereinen, nicht im DSB organisierte Sportverbände)
  Im DSB waren 1978 14 Mill. Einzelmitglieder organisiert, die 17 000 Turn- und Sportvereinen angehörten. Schwerpunkte der Arbeit des DSB werden in der Förderung des schulischen Sports, der Sportwissenschaften sowie des Freizeitsports gesehen.
- Sport in den Einrichtungen des öffentlichen Bildungswesens (Kindergarten, Schule, Hochschule, Volkshochschule)
  Sport in den Einrichtungen des öffentlichen Bildungswesens kommt in zwei organisatorisch-inhaltlichen Grundformen vor: als Sportunterricht, der Gesamtheit aller unterrichtlichen Veranstaltungen unter Anleitung eines

Fachlehrers, als freie, lediglich unter der Aufsicht und Anleitung der Bildungseinrichtung stattfindende Sportveranstaltung (Freizeitsport, Leistungssport, Hochleistungssport)

- Sport im Rahmen sozialer Einrichtungen von Kommunen oder anderen Trägern (Kirche, Strafvollzug, Rehabilitation von Behinderten, Altenheimen etc.)
  Sport in diesen Einrichtungen dient vornehmlich außersportlichen Zielen, z.B. der Therapie, der Integration und Resozialisierung, etc.

- Sport, vom Arbeitgeber organisiert
  (Betriebssport, Sport in der Polizei, der Bundeswehr etc.)
  In dieser Organisationsform ist Sport einerseits zum Ausgleich berufsbedingter Bewegungsmangelerscheinungen, andererseits auch zur Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit eingerichtet.

- Kommerziell betriebener Sport (private Sportunternehmen)
  Sport wird als Wirtschaftsunternehmen mit Gewinn- und Verlustrechnung betrieben (Fußball in England, Professionalsport in den USA etc.) und durch Zuschauer- bzw. Werbeeinnahmen finanziert. Kommerziell betriebener Sport kann nur Hochleistungssport sein.

- Informeller oder selbstorganisierter Sport
  (Familie, peer-groups, individuell etc.)
  Diese Organisierung sportlicher Betätigung entspricht den Aktivitäten des Freizeitsports. Es wird vermutet, daß etwa 20 Mill. Menschen in der Bundesrepublik selbst organisierten Sport treiben (z.B. Skilauf, "Trimm-Dich").

2. Sport und Sozialisation

Die gesellschaftliche Bedeutung des Sports ist schon allein aus der großen Anzahl der Personen, die - organisiert oder nichtorganisiert - die sportliche Betätigung suchen, zu belegen. Wird versucht, Sport gezielt bestimmten gesellschaftlichen Gruppen zuzuführen, so wird dies i.a. mit den positiven sozialen Wirkungen begründet, die die sportliche Betätigung beinhalten soll.
Nun werden dem Sport eine Menge sozialer Wirkungen oder Funktionen (1) zugeschrieben, abgesehen von Arbeiten über die gesundheitliche Wirkung sportlicher Betätigung ist - um mit Heinemann zu sprechen - "bislang kaum empirisch nachgewiesen, ob der Sport in der Tat die ihm zugeschriebenen Funktionen und Leistungen erfüllen kann." (1975, S. 17)

Empirische Belege über Funktionen des Sports in der Gesellschaft begrenzen sich zudem, zumindest derzeit, weitgehend auf den Bereich von Leistungs- und Hochleistungs/Spitzensport, wobei anzunehmen ist, daß die Wirkungen des Sports in den verschiedenen Bereichen sportlicher Betätigung durchaus unterschiedlich und sogar gegensätz-

---

1) Vgl. hierzu etwa:
Stevenson/Nixon (1972): Sport erfüllt nach Auffassung dieser Autoren folgende Funktionen in modernen Gesellschaften: Sozioemotionale Funktionen, integrative Funktionen, politische Funktionen, Funktionen der sozialen Mobilität.

Auch nach den Kongreßberichten des Ausschusses deutscher Leibeserzieher sind es sehr vielfältige Beispiele sozialer Funktionen, die dem Sport hier angeblich zufallen (ADL, 1964, 1974)
etwa: Sozial-integrative Funktionen, Möglichkeiten zur Ableitung von Aggressionen, Persönlichkeitsformung, Sozialisationsfunktionen, Erlangung Fähigkeiten etc.
(Vgl. auch Heinemann, 1974)

lich sein können. (1)

Soll nun Sport Sondergruppen der Gesellschaft mit einer bestimmten Zielrichtung, etwa der Therapie, der Rehabilitation, der Resozialisierung u.ä., d.h. sozialisationswirksam, zugeführt werden, so stellt sich, um Neidhardt (1974) anzuführen, für den Sport die Frage:

> "a) ob er angesichts der allgemeinen Tendenzen in den Spezialeinrichtungen (des Lernens) einen eigenständigen Beitrag zur Sozialisation überhaupt zu leisten vermag,
> b) ob dieser Beitrag, wenn er erbracht wird, die Probleme lösen hilft, die im Hinblick auf die Integrität und Soziabilität des Menschen in unserer Gesellschaft entstanden sind." (S. 27)

Hier präsentiert sich ein entscheidendes Problem des Zusammenhanges von Sozialisation und Sport: Die Frage lautet nämlich, ob es nicht eher sportbegünstigende Verhaltensdispositionen und Handlungsmuster der Vorsozialisation

---

1) Ein treffendes Beispiel ist die mögliche Gesundheitswirkung sportlicher Betätigung:
Die positive gesundheitliche Wirkung des Sports und sportlicher Betätigung muß darin gesehen werden, daß ein Mindestmaß körperlicher Beanspruchung, körperlichen Trainings, erforderlich ist, um den, durch Bewegungsmangel und Bewegungsarmut gehäuft vorkommenden Herz-Kreislauferkrankungen, die beispielsweise in der Bundesrepublik Deutschland als häufigste Erkrankungsform mit Todesfolge bekannt ist, als auch orthopädischen Schäden entgegenzuwirken. Sport oder körperliches Training wird gemäß individueller Gegebenheiten im Rahmen der Prävention, Therapie und Rehabilitation empfohlen (vgl. etwa Hollmann, 1968).
Die negative gesundheitliche Wirkung sportlicher Betätigung zeigt sich dagegen in der gehäuft auftretenden physischen Überbeanspruchung des Körpers, vornehmlich des Bewegungsapparates, bei Hochleistungssportlern. Eine Untersuchung an Schweizer Spitzensportlern zeigte, daß 25 % der Sportler bleibende körperliche Schäden vom Hochleistungssport davontrugen.
(Untersuchung der Eidgenössischen Turnschule Magglingen, zitiert nach Pfetsch u.a., 1975, S. 144)

sind, die einen Menschen dazu führen, bestimmte Sportarten mit bestimmter Zielsetzung unter entsprechender Organisationsform, innerhalb derer eben jene Verhaltensdispositionen und Handlungsmuster in besonderer Weise gefordert sind, zu betreiben, wobei die Sozialisationsleistung nur in einer festigenden, verstärkenden Wirkung besteht, als ein eigenständiger Beitrag des Sports, durch den etwa die negativen Folgeerscheinungen eines unzulänglichen oder abweichenden Sozialisationsprozesses behoben oder ausgeglichen werden können.

Im Bezug auf oben explizierte zentrale Merkmale des Sportbegriffs, körperliche Aktivität als leistungsbezogene Tätigkeit, sollen nun in allgemeiner Form Beziehungen zwischen Vorsozialisation und möglicher sportlicher Betätigung aufgezeigt werden.

2.1. Das Bedürfnis nach körperlicher Betätigung

Das Bedürfnis nach körperlicher Betätigung wird allgemein als ein grundlegendes menschliches Motiv interpretiert. Die körperliche Entwicklung wird dabei als ein wesentlicher Bestandteil des gesamten menschlichen Entwicklungsprozesses verstanden, wobei der Bezug zur Körperlichkeit in verschiedenen Phasen der Entwicklung (Wachstum) verschiedene Bedeutung erfährt (Grupe, 1968, Neumann, 1964) u.a. Anreize zu körperlicher Betätigung können dabei sowohl aus dem körperlichen Zustand selbst als auch aus den Umweltbedingungen, die körperliche Betätigung fördern oder verhindern, abgeleitet werden. Kann angenommen werden, daß ein Mangelzustand - etwa ein körperlicher Schaden - mit ziemlicher Sicherheit ein Bedürfnis nach (leistungsbezogener) körperlicher Betätigung je nach Ausmaß einschränken wird, so können Umweltbedingungen, in denen körperliche Betätigung erschwert wird, die sportliche Betätigung sogar begünstigen, soweit entsprechende Möglichkeiten vorhanden sind: Nimmt man nämlich den Bewe-

gungsdrang als ein grundlegendes Bedürfnis an, stellt man dagegen die häufig bewegungsverhindernden Bedingungen von Großstädten-Häuserschluchten ohne Spielmöglichkeiten, kleine Wohnungen, wenige Spiel- oder Sportplätze zur freien Verfügung - so stellt sich der Eintritt in einen Sportverein häufig als einzige Möglichkeit dar, dieses Bewegungsbedürfnis zu befriedigen. Erschwert wird allerdings eine sportliche Betätigung im Sportverein dadurch, daß dieser als geschlossene Organisation Bedingungen zur Sportausübung stellt (Beitrag, Benutzung der Sportanlagen zu festgesetzten Zeiten, Unterordnung unter eine Gruppe, Regelmäßigkeit der Sportausübung, geringer Freiheitsspielraum, dagegen Leistungssport etc.). In Lebens- und Wohnbereichen, in denen körperliche Betätigung leichter möglich ist (auf dem Land) scheint dagegen die Notwendigkeit zu sportlicher Betätigung in dem Maße wie in der Stadt nicht gegeben.

Wichtig erscheint allerdings auch, wie sich die erste Berührung mit Sport, soweit nicht eigens von den Eltern gefördert, innerhalb der Lerninstitutionen, ausfällt. Dazu kann allgemein gesagt werden:

- Gerade im wichtigsten Zeitraum einer Motivierung zu sportlicher Betätigung - in der Grundschule - wird auf den Sportunterricht der geringste Wert gelegt: Hier sind die wenigsten Fachkräfte zu finden, sind die Sportgruppen (Klassen) am größten, ist die Stundenzahl am geringsten, sind die räumlichen Voraussetzungen vergleichsweise die schlechtesten.

- Die sportliche Betätigung in der Schule unterliegt schon von Anfang an einer externen Bewertung (Note), die diejenigen benachteiligt, die die geringsten körperlichen Betätigungsmöglichkeiten bisher hatten und die geringsten körperlichen Fähigkeiten aufweisen (und deshalb am meisten gefördert werden müßten), wobei ein zusätzlicher negativer Effekt dadurch eintritt, daß der soziale Status der schlechteren Sportler in der Klasse i.a. auch der niedrigste ist.

2.2. Das Bedürfnis nach Leistung

Leistung als immanenter Bestandteil sportlicher Betätigung gewinnt innerhalb der verschiedenen Möglichkeiten der Sportausübung einen unterschiedlichen Stellenwert: Im Freizeitsport sind mit Wolf (1964) die wichtigsten Motive im Bewegungsdrang, im Interesse an verschiedenen Sportarten, die erlebnisreich und leicht nachvollziehbar sind und vor allem bis ins hohe Alter ausgeübt werden können ("Life-Time-Sport"), im Bedürfnis nach Gesundheit und Geselligkeit zu sehen; dagegen spielt "Leistung" eine relativ untergeordnete Rolle, sie orientiert sich mehr oder weniger am eigenen Vermögen oder an der von der Sportgruppe gesetzten Normen. Motivation zum Leistungssport, Hochleistungssport/Spitzensport sind nach Steinbach die mehr ideellen Gründe des Selbstwerts, der Aggressivität, des Ranges in der Gesellschaft, der finanzielle Anreiz (im professionellen Sport) die dazu führen lassen, entsprechend Zeit und Bemühungen in einem Training aufzuwenden. (Steinbach, 1971)

Können im Freizeitsport in der Regel keine Bedingungen und Motive herausgefunden werden, die eine bestimmte gesellschaftliche Gruppe besonders bevorzugt, es sei denn die Möglichkeit zur Sportausübung ist mit besonderen finanziellen Voraussetzungen verknüpft (z.B. Alpiner Skilauf, Tennis, Reiten, Golf), so scheinen die Bedingungen des Leistungs- und Hochleistungs-/ Spitzensports am ehesten den Verhaltensdispositionen zu entsprechend, wie sie vorwiegend in den sozialen Mittelschichten der Gesellschaft erworben werden.

Aus der Sozialisations- und Motivationsforschung ist bekannt, daß die Herausbildung eines Bedürfnisses nach Leistung (n-achievement) an besondere Bedingungen

der Sozialisation, vornehmlich der Erziehungspraktiken, geknüpft ist. (1)

Diese Annahmen scheinen sich im Lichte der Untersuchungsergebnisse, die Pfetsch u.a. vorlegen (1975) zu bestätigen:
Der überwiegende Teil der Spitzensportler entstammt mittleren und gehobenen gesellschaftlichen Schichten. Soweit Spitzensportler aus unteren Sozialschichten kommen, versuchen sie vermehrt, der sozialen Schicht zu entsteigen, der ihre Eltern angehören, indem sie die entsprechenden Bildungsangebote nutzen, wobei aber davor gewarnt wird, für die Aufwärtsmobilität als ausschließliche Ursache sportliche Betätigung und Leistung anzusehen. (S. 130/131)

---

1) Vgl. hierzu etwa die Arbeiten von Winterbottom (1958), Rosen, d'Andrade (1959), Rosen (1959), Douvan (1959) u.a., in denen übereinstimmend ein Zusammenhang zwischen den vornehmlich in Mittelschichten praktizierten Erziehungsmaßnahmen, etwa frühe Erziehung zur Selbständigkeit, zu eigenständigem Leistungsvermögen und die Eltern entlastende Routinefertigkeiten (Winterbottom), ein affektives Verhalten der Wärme, geringe Autoritätsausübung, der positiven Verstärkung etc. in engem Zusammenhang mit der Intensität eines "achievement motive" (Mc Clelland), einem individuellen, relativ stabilen Leistungsstreben stehen. Auch eine Bedürfnisaufschiebung, wie sie im Sport ebenfalls besonders gefordert ist, ist als ein besonderes Merkmal der Verhaltensorientierung sozialer Mittelschichten identifiziert (vgl. etwa Schneider/Lysgaard 1953).

Vielmehr kann gefolgert werden,

> "daß der Leistungssport einen zusätzlichen Anreiz zur sozialen Profilierung derjenigen Athleten darstellt, die ihre soziale Ausgangsbasis ohnehin - und vielleicht primär (Pfetsch) - durch die Ausnutzung der gebotenen Bildungschancen zu verbessern suchen. Leistungssport (1) scheint demnach eine sekundäre (Pfetsch) Kompensation zugrundeliegender Motivationsfaktoren zu sein, die sich vor allem im Bildungssystem manifestieren, also eine weitere Anpassung an das Leistungsverhalten der anizipierten Schicht." (a.a.O., S. 131)

Damit kann die These gewagt werden: Je mehr die Leistung bei der sportlichen Betätigung in den Vordergrund tritt und an Bedeutung gewinnt, desto mehr müssen entsprechende Verhaltensdispositionen in der Vorsozialisation erworben sein, d.h. es werden vornehmlich diejenigen Personen Leistungssport und Hochleistungssport betreiben, bei denen neben vorhandenen körperlichen Vorbedingungen geforderte Verhaltenmuster internalisiert sind.

2.3. Sport und abweichende Sozialisation (inbesondere bei körperbehinderten Kindern und verhaltensgestörten Kindern)

Im folgenden sollen die wichtigsten Erkenntnisse von Arbeiten bzw. empirischen Untersuchungen zitiert werden, in denen Sozialisationsfunktionen bei Kindern,deren Entwicklungsverlauf in irgendeiner Form von der Norm abwich, nachgewiesen werden. Dabei ist allerdings zu bemerken, daß

1. Solche Arbeiten aus sehr verschiedenen wissenschaftlichen Interessen und Fachrichtungen stammen,
2. diese in Aufbau und methodischer Durchführung nur teilweise den Anforderungen genügen, die an empirische Arbeiten zu stellen sind,

---

1) Der Begriff "Leistungssport" muß so verstanden werden, wie nach unserer Definition Hochleistungs/Spitzensport.

3. Für den in dieser Arbeit interessierenden Zusammenhang von Sozialisationswirkungen eines Sports bei körperbehinderten Kindern steht die Forschung derzeit noch am Anfang, so daß auf Arbeiten relevanter angrenzender Gebiete rekurriert werden muß, um überhaupt Material der Hypothesenbildung der empirischen Untersuchung zugrundelegen zu können.

Im ersten Kapitel dieses Teils der Arbeit wurde auf die Probleme eingegangen, die sich durch den körperlichen Schaden für das Kind von Beginn an ergeben:
Durch den körperlichen Schaden ergibt sich nicht nur eine Beeinflussung der gesamten Bewegungsentwicklung, der Entwicklung von motorischen Fertigkeiten und Fähigkeiten, zusätzlich sind es entweder weitere Schäden oder die Beeinflussung des Aufbaus kognitiver Fähigkeiten, die Umweltreaktionen, das Erziehungsverhalten der Eltern, etc., die das motorisch geschädigte Kind erst zu einem behinderten Kind werden lassen.

Neben der Einschränkung kognitiver Fähigkeiten (Rezeption, Sprache, Denkvermögen) äußern sich zusätzliche Behinderungen bei körperbehinderten Kindern häufig auch als abweichendes Verhalten, etwa emotionaler Instabilität (starke Schwankungen zwischen Aggression und Regression), Sozialibilitätsschwierigkeiten (Anpassungsprobleme) und Aktivitätsproblemen (Unselbständigkeit, Inaktivität, Hyperaktivität), Leistungsschwankungen etc.
Die Komplexität der Krankheitsbilder ist auch Ursache dafür, daß eine eindeutige Herleitung zusätzlicher Schäden oder Behinderungen, je nachdem, ob sie primär hirnorganisch bedingt oder sekundär umweltbedingt sind, derzeit noch nicht möglich ist.

In der schon weiter oben erwähnten Arbeit von Bausenwein u.a. (1977) wurden die medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten verschiedener Sportarten bei Cerebralparesen untersucht. Auf der Grundlage einer genauen Diagnose der Krankheitsbilder wurde danach gefragt, inwieweit die

sportliche Betätigung dazu hilft, ähnlich der krankengymnastischen Behandlung, sog. pathologische Bewegungsmuster abzubauen und entsprechend Bewegungsmöglichkeiten und -fähigkeiten der Kinder zu verbessern. Der Vorteil sportlicher Bewegungstätigkeit wird darin gesehen, daß die Übungen selbsttätig, ohne Anleitung durchgeführt werden können, daß der Lebensraum erweitert wird, daß sportliche Betätigung eher bewegungsmotivierend wirkt, als die strenge Tätigkeit bei der Krankengymnastik. Die aufgrund eines standardisierten Testverfahrens (Elektromyographie) gewonnenen Ergebnisse zeigen eine eindeutige Verbesserung des Bewegungsverhaltens. Einschränkend muß zu dieser Untersuchung allerdings eingewandt werden, daß zwar verschiedene Sportarten hinsichtlich ihres Nutzeffektes zur Verbesserung abweichenden Bewegungsverhaltens überprüft wurden, daß aber das zweite wesentliche Merkmal des Sports, der Leistungsaspekt, nicht berücksichtigt wurde.

Diese Einschränkung wird übrigens von den Autoren später selbst vorgebracht: "Weiterhin ist die Frage zu klären, inwieweit sich Meßergebnisse unter Wettkampfbedingungen verändern würden." (Bausenwein, 1977 , S. 46)

In der ebenfalls schon zitierten Arbeit von Gill (1975) werden methodische Möglichkeiten eines Sports im Gesamtzusammenhang einer Rehabilitation körperbehinderer Kinder diskutiert. Schon einleitend benennt der Autor allerdings den Sportbegriff als unbrauchbar für körperliche Aktivitäten Körperbehinderter und möchte eher den Begriff "heilpädagogische Leibesübungen" verwendet wissen. Dies erstaunt allerdings, da der Autor sowohl im Titel als auch im Text einerseits den Begriff "Sport" immer wieder verwendet, andererseits die in der Untersuchung beschriebenen Tätigkeiten die zentralen Merkmale sportlicher Betätigung beinhalten.

Neben der Schulung von Herz-Kreislaufsystem und Bewegungsapparat werden in der Arbeit sozioemotionale Zielsetzungen,

etwa

- "Wecken der Freude an körperlicher Bewegung"
- "Wecken der Freude an sportlicher Betätigung"
- "Wecken des Willens zur Leistung und Leistungssteigerung"
- "Stärkung des Selbstwertgefühls"
- "Stärkung des sozialen Verhaltens"

verfolgt.
In einem Acht-Wochen-Training wurde mit zwei Gruppen körperbehinderter Kinder mit Cerebralparese ein Programm durchgeführt, wobei es weniger um die sportliche Leistungssteigerung als vielmehr um die Erprobung verschiedener Sportmöglichkeiten in verschiedenen Sportarten ging. Dies erstaunt wiederum, da Gill im einzelnen Meßergebnisse objektiver Leistungsmessungen (Spiroergometrie) und verschiedener sportlicher Leistungstests im Ergebnisteil vorlegt.
Durch die Methode bedingt (unstruktierte Beobachtung) sind Ergebnisse über Verhaltensänderungen nichts anderes als subjektive Eindrücke des Autors. Hier ist dann zu bezweifeln, ob innerhalb eines Acht-Wochen-Trainings tatsächlich derart entscheidende Verhaltensänderungen aufgetreten sind oder überhaupt auftreten können, wie sie beschrieben sind. (1) Der Autor problematisiert seine Beobachtungen insofern selbst, als er einen automatischen

1) "In der Stunde vom 10. Mai zeigte sich dann, daß eine erhebliche Verbesserung dieser Verhaltensweisen möglich ist. Die Schüler strebten nicht mehr so nach Einzelaktionen, sondern sie zeigten gute Einordnung und Kampfgeist für die Mannschaft. Aggressionen waren weitgehend abgebaut. Zur Verbesserung der sozialen Verhaltensweisen hatten Lehr- und Hilfskräfte intensive Gespräche während und nach der Stunde mit Jugendlichen geführt. Es wurde ein exaktes und einfaches Regelwerk eingeführt. Wahrscheinlich ist eine Verbesserung auf diese beiden Maßnahmen zurückzuführen." (S. 89)

Transfer erlernter sozialer Verhaltensweisen auf außersportliche Bereiche als überdauernden Sozialisationseffekt für nicht möglich hält (a.a.O., S. 89).

In einem eigenen Teil beschreibt Gill auch Erfahrungen im Rahmen der ersten internationalen Spastikerspiele in England, die er zusammen mit einer Gruppe besuchte. Er beurteilt diese Wettkämpfe als ein außerordentlich positives Erlebnis für alle beteiligten Kinder; er begründet seine Meinung vor allem damit, daß das Gemeinschaftserlebnis im Vordergrund vor der Wettkampfsituation stand. Dabei beobachtete er als besonders positive Wirkungen das Gewinnen emotionaler Stabilität, eines verstärkten Antriebs zu körperlicher Betätigung, einer verbesserten sozialen Einstellung (a.a.O., S. 132) .

Auch Innenmoser (1977) berichtet von internationalen Spastikerspielen, die 1976 in Frankreich zum dritten Male stattfanden. Er weist auf den von den Teilnehmern gewünschten Vergleich von Leistungen und das Verlangen nach Leistungsfeststellung hin. Auch wenn - medizinisch-therapeutisch gesehen - negative Begleiterscheinungen der Behinderung (Tonussteigerung, unphysiologische, statische Haltung) bei einigen Teilnehmern zu beobachten waren, so sei doch der Wunsch der Teilnehmer nach solchen Wettkämpfen zu akzeptieren. (Vgl. a.a.O., S. 104)
Ein Beteiligter (Kiesenthal, (1)) berichtet aus seiner Sicht über diese Wettkämpfe. Dabei stellt er den positiven Wert der Bewegungsmotivierung dieser Wettkämpfe heraus, warnt aber vor einer "Überhöhung dieser Motivation".

Sind diese Aussagen zwar in keiner Weise wissenschaftlich, d.h. durch entsprechende systematische Beobachtungen oder Befragungen begründbar, so sind sie dennoch zu berücksichtigen, da hier zwei Vertreter des Bundesverbandes für spastisch Gelähmte ihre quasi offiziellen Statements zu solchen (und ähnlichen) Veranstaltungen gaben und somit entsprechende Aussagen erhebliches Gewicht für die weitere

(1) in: Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte e.V., 1977

Durchführung von und Teilnahme an Sportwettkämpfen für Körperbehinderte haben dürften.

Van der Schoot (1976) untersuchte den Einfluß sportlichen Trainings auf das Aktivierungs- und Leistungsverhalten bei geistig retardierten Kindern. Auf einem aktivierungstheoretischen Hintergrund wurde die Frage gestellt, inwieweit durch regelmäßige Sporttätigkeit (Sportunterricht) Prozesse der internen Regulation und Optimierung in Gang gesetzt werden und damit beim hyperaktiven, aber leistungsschwachen Kind, eine Angleichung dieses Mißverhältnisses erreicht werden kann. Die körperliche Leistungsfähigkeit wurde mittels spiroergometrischer Tests, das Verhalten mittels der sprachfreien "Testbatterie für geistig behinderte Kinder (TBGB von Bondy, Cohen, Eggert und Lüer, 1971) erfaßt.

Die Versuchsgruppe zeigte gegenüber der Kontrollgruppe hinsichtlich der Verhaltensdaten signifikante und hochsignifikante, hinsichtlich der physischen Leistungsdaten teilweise positive Veränderung.

Rieder (1971) untersuchte Verhaltensänderungen durch Sport bei verhaltensgestörten (psychisch gestörten) Kindern. Auf der Grundlage eines Bewegungstests, einer soziometrischen Erhebung im Längsschnitt sowie systematischer Verhaltensbeobachtungen entwickelt der Autor eine spezielle "Sporttherapie" (in Abgrenzung zu Spieltherapie, Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie, Leibeserziehung, psychomotorischer Übungsbehandlung etc.) mit Bewegungsformen, Tätigkeiten, Leistungen sowie Wesens-, Erziehungs- und Bildungsgehalten, die in besonderer Weise das Gebiet und den Begriff des Sports bezeichnen.

Der Bewegungstest in seiner Wiederholung brachte geringfügige positive Veränderungen (S. 123-125), die Ergebnisse der wiederholten soziometrischen Untersuchung brachten signifikante positive Veränderungen (S. 190), wobei es zur Verbesserung der Gruppenposition einer

stationären Behandlung von über 12 Monaten bedarf (a.a.O., S. 190). Den Verhaltensbeobachtungen lagen die Annahmen zugrunde,

> "daß während der Sportstunden sich das Verhalten
> a) infolge verschiedener Belastungssituationen vorwiegend emotioneller und sozialer Art als echt und typisch für die Individuallage eines beeinträchtigten Kindes zeigen würde, daß
> b) weiterhin eine Veränderung des Verhaltens innerhalb von Sportstunden im Laufe von Wochen und Monaten nicht auf einem Gewöhnungseffekt beruhen würde, sondern eine echte Verhaltensänderung bedeuten" (S. 191)

Drei Gruppen wurden gebildet:

- Heimgruppe I mit einer guten, gleichmäßigen Leistungsfähigkeit
- Heimgruppe II mit unterschiedlicher Leistungsfähigkeit
- Ambulante Gruppe mit großen Leistungsunterschieden

Jeweils zwei unabhängig voneinander wertende Rater ordneten das Verhalten jedes einzelnen Kindes anhand einer Skala von 5 Stufen vier Verhaltensdimensionen,

Bewegungsvermögen, Stimmungslage, Antrieb, Einordnungsvermögen

zu.

Die Ergebnisse lassen keine eindeutige Tendenz erkennen. Der Autor verweist in diesem Zusammenhang v.a. auf methodische Probleme, so der Unsicherheit der Ratingskalen sowie der relativen Kürze des Beobachtungszeitraums (3-5 Mon.), v.a. wenn relativ übedauernde Persönlichkeitsmerkmale mit hoher innerer Konsistenz beobachtet werden. (S. 212)

Nach Meinung des Autors sind Bewegungsvermögen und Einordnungsvermögen durch Übungswirkung leichter zu beeinflussen als Antrieb und Stimmungslage; zudem ist ein Erfolg mit entsprechender Übungsbehandlung nur dann zu

erwarten, wenn die Gruppen möglichst "homogen" (leistungsmäßig) zusammengesetzt seien, wobei

> "schon 1/4 sehr gemeinschaftsschwieriger Kinder den Gesamterfolg in Frage stellen." (S. 212)

Den Wert systematischer Verhaltensbeobachtungen sieht der Autor im wesentlichen in der

> " präziseren Analyse des Einzelfalles, der besseren Vorbereitung und Verarbeitung der Übungsstunden, sowie der möglichen Steuerung ihrer Sozialisierungsfunktion". (a.a.O., S. 212)

Durch die "Sporttherapie" werden verschiedene sozialisationswirksame Einflüsse bei verhaltensschwierigen Kindern erwartet, sie beziehen sich auf das Sportspiel:

- körperliche Durchbildung /Organkräftigung/ Bewegungsvermögen
- "Tugendkatalog" für Spieler, etwa Hilfsbereitschaft, kameradschaftliches Aushelfen im Spiel, "fair play", Ertragen von Niederlagen, Toleranz gegenüber schwächeren Spielern, etc.
- Ich-Stärkung durch Könnenserlebnisse, Gemeinschaftsgefühl bei Erfolg/Mißerfolg, Identifikation und Übertragung
- therapeutische Wirkung durch Katharsis in Konfliktsituationen, Ausgleich seelischer Spannungen und Entladung von Aggressionen, Befreiung von Komplexen, Ängsten, Hemmungen etc.

(a.a.O., S. 230/231)

Bärsch (1966) gibt einen, sich etwa im Laufe eines Jahres vollziehenden Phasenablauf von Übungswirkungen durch die sportliche Betätigung Erziehungsschwieriger an:

- Aggressionen unter Gruppenmitgliedern, wobei der Sport vielfältige Möglichkeiten der Aggressionsentladung biete
- Entwicklung von Partnerbezügen
- soziale Gruppenbezüge

Wagenführ (1965) berichtet von einem dreiphasigen Sozialisationsprozeß bei 9-14-jährigen verhaltensgestörten Schülern:

1. Phase: Befriedigung des Trieb/Tobe/Rangelbedürfnisses der Kinder, wobei zu Ende dieser Phase immer wieder zur Ruhe geführt wird,
2. Phase: Feinmotorische Geschicklichkeit verbunden mit sozialen Anpassungsübungen in Partnerform,
3. Phase: Vorbereitung und Übung von vielfältigen leistungsfordernden Situationen.

Ähnlicher Aufbau auch bei Kiphard/Huppertz (1968), wobei folgendes vorgeschlagen wird:

- Individualerziehung
- Sozialerziehung
- Leistungserziehung,

wobei die Bewegungsbeherrschung als erster Schritt zu Selbstbeherrschung und Verhaltenskontrolle angesehen wird. (Vgl. dazu auch Kiphard, 1975)

Volkamer (1976) beschreibt ebenfalls die therapeutischen Möglichkeiten eines Sports bei verhaltensgestörten Kindern. In Anlehnung an die Methoden der "Gesprächspsychotherapie" (Rogers, 1961, Tausch 1970) schlägt der Autor vor, zu untersuchen, ob deren Prinzipien auch mit Hilfe der Leibesübungen realisiert werden können, da seiner Meinung nach bei Kindern zwischen 4 und 10 Jahren die Bewegung ein günstigeres Medium darstelle als die Sprache. Ausgehend von den zwei Möglichkeiten, Leibesübungen therapeutisch einzusetzen:

- der Stärkung des Selbstbewußtseins ("Ich-Stärke") durch Leistungssteigerung im Sport und durch Sport (in Anlehnung an Kiphard 1970)

- Bestätigung des Kindes, in dem sich der Therapeut "permissiv, bestätigend-wohlwollend interessiert mit dem Ziel, ein emotional positives Klima zu schaffen, in dem sich das Kind wohlfühlt und akzeptiert wird." (im Sinne von Rogers/Tausch, S.44/45)

In einer Zusammenfassung geeigneter Inhalte beider Therapieansätze sieht der Autor Möglichkeiten bei der Durchführung sportlicher Übungstherapie.

Im Versuchsbericht (die Versuche waren zum Zeitpunkt des Berichtes noch nicht abgeschlossen) werden die Erfahrungen, die mit zwei Gruppen von Kindern verschiedenen Alters (4-7 Jahre, 8-11 Jahre , Größe der Gruppen: jeweils 5-6 Kinder), gemacht wurden, beschrieben; dabei weist der Autor darauf hin, daß diese Form der therapeutischen Behandlung umso effektiver erscheint, je jünger die Kinder sind (untere Grenze: 4 Jahre). Die weitaus besten Erfolge wurden bei ängstlichen, gehemmten und kontaktscheuen, schulpflichtigen aber noch nicht schulreifen Kindern erzielt. Bei älteren Kindern, welche bereits den Sportunterricht als die Möglichkeit sportlicher Betätigung kennengelernt haben, könne die geringe Lenkung durch den Therapeuten, die bei dieser Behandlung konstitutives Element ist, leicht zu ziellosem Herumtoben führen. (S.50)

Einschränkend wird allerdings bemerkt, daß aufgeführte Erkenntnisse derzeit nur "Gedanken, Analogieschlüsse, Vorschläge und Erfahrungen" seien, die zur Diskussion gestellt würden. Eine wesentliche Aufgabe aber sei es, exakte Effektivitätskontrollen durchzuführen, um den therapeutischen Erfolg objektiv nachweisen zu können. (S. 52)

3. Zusammenfassung

Der Begriff "Sport" wurde definiert als leistungsbezogene körperliche Betätigung.
"Sport" umfaßt hierbei eine Vielzahl von Handlungs- und Betätigungsmöglichkeiten. Eine Differenzierung wurde vorgenommen nach:

- Spezialtätigkeiten innerhalb des Gesamtkomplexes Sport, den Sportarten
- den Zwecken und Zielsetzungen, mit denen Sport betrieben werden kann, wobei einer Unterscheidung in Freizeitsport, Leistungssport, Hochleistungs/ Spitzensport vorgenommen wurde,
- Organisationsformen, in denen Sport betrieben wird und werden kann.

Weiterhin wurde gefragt, welche Erkenntnisse über eigenständige Sozialisationswirkungen durch Sport vorhanden sind. Dabei wurde die Vermutung geäußert, daß es - v.a. hinsichtlich der sportlichen Betätigung mit der Zielsetzung Leistungs-/Hochleistungssport - schon vorher erworbene Dispositionen sind, die eine Sporttätigkeit begünstigen; insofern wurden mögliche Sozialisationsfunktionen des Sports problematisiert.

In einem eigenen Abschnitt wurden dann Arbeiten zitiert, welche über Versuche und Wirkungen sportlicher Betätigung bei Kindern mit abweichenden Sozialisationsgängen berichten. Besonders beachtet wurden dabei solche Arbeiten, in denen mögliche Wirkungen durch Sport oder sportliche Betätigung bei körperbehinderten und verhaltensgestörten Kindern dargestellt werden.

Zu problematisieren ist nun v.a. der sportimmanente Anspruch leistungsbezogener Tätigkeit im Sinnzusammenhang einer Rehabilitationsarbeit. Läßt sich nämlich eine Rehabilitationsarbeit, die zum Ziel hat, insgesamt die Lebensbedingungen von Körperbehinderten verbessern, inhaltlich vereinbaren mit Tätigkeiten, die systembedingt den Schwächeren Unterlegegen abschiebt? Konkret: Sind nicht gerade Prinzipien der Solidarität der Interessengemeinsamkeit grundlegend für eine zielgerichtete und wirkungsvolle Rehabilitationsarbeit, Prinzipien, die letztlich mit dem Leistungsprinzip im Sport in Konflikt kommen müssen?

EMPIRISCHER TEIL

1.1. - Interesse und Ansatz

Die Forschungssituation auf der einen Seite, das sich verstärkende Interesse am Sport mit körperbehinderten Kinder auf der anderen Seite, lassen es sinnvoll und notwendig erscheinen, für die relevanten Rehabilitationsbereiche - medizinische Therapie und Sonderpädagogik - Untersuchungen durchzuführen, die objektive Erkenntnisse über Möglichkeiten, aber auch die Probleme und Grenzen sportlicher Betätigung von und mit körperbehinderten Kindern liefern.

Die vorliegende Arbeit thematisiert die - oben angediskutierten - möglichen Verhaltensprobleme im Sport mit körperbehinderten Kindern. Das Interesse war v.a. auf zwei Problembereiche gerichtet, die unserer Meinung nach besondere Bedeutung innerhalb spezieller sportlicher Betätigung als auch der allgemeinen Rehabilitationsarbeit mit körperbehinderten Kindern erlangen:

1) - Welche Formen sportlicher Betätigung sind am ehesten dazu geeignet, in das Gesamtziel einer Rehabilitationsarbeit mit körperbehinderten Kindern integriert zu werden?
Da die sportliche Betätigung - was Inhalte, Zielsetzungen und Organisationsformen betrifft - in teilweise völlig unterschiedlichen Ausprägungen möglich ist, war es notwendig, für unsere Untersuchung und für unsere Fragestellung den Akzent auf die - unserer Meinung nach - wichtigsten Aspekte zu legen.

Aus diesem Grund hielten wir die inhaltlichen Bestandteile (Sportart), sportliche Fertigkeiten und Fähigkeiten, als auch die äußere Organisationsform als mögliche unabhängige Variable weitgehend konstant und konzentrierten unser Interesse auf die Fragestellung, inwieweit ein sportimmanenter, von außen herangetragener oder individuell vorhandener Lei-

sungsanspruch, der Basis unterschiedlicher Strukturierung sportlicher Handlungen ist, verschiedene Verhaltensäußerungen bei den körperbehinderten Kindern hervorruft.
Als sportlichen Inhalt wählten wir Ballspiele, bzw. die Betätigung und Übung von Fertigkeiten und Fähigkeiten mit dem Ball, als Organisationsform den Sportunterricht.
Der unterschiedliche Leistungsanspruch im Sport wurde in drei Situationen standardisiert, in denen die Verhaltensformen der Kinder miteinander verglichen werden sollten.

2) - Eine weitere Überlegung war, inwieweit und unter welchen Bedingungen es möglich ist, daß körperbehinderte und nichtbehinderte Kinder über und durch sportliche Betätigung soziale Kontakte und Interaktionen auf-, Vorbehalte dagegen abbauen und damit der Zielsetzung der Rehabilitationsarbeit zur sozialen Integration der körperbehinderten Kinder gedient werden kann. Die Frage war, unter welchen Voraussetzungen der Gesunde als Spiel- und Sportpartner akzeptiert ist, d.h. inwieweit der Behinderte durch sein Verhalten sozialen Kontakt ermöglicht oder verhindert.

Eine Rolle spielten dabei Erkenntnisse, daß Körperbehinderte nicht nur durch ihr Aussehen, sondern im wesentlichen auch durch ihre Äußerungsformen Abwehr- und Vermeidungsreaktionen beim Gesunden hervorrufen, die eine gegenseitige soziale Annäherung verhindern. (vgl. Funk, 1971, Jansen, 1972, Goffman, 1975)

- Aufbau und Durchführung des Versuchs

Im Herbst 1976 begann der sportpraktische Versuch mit zwei Gruppen körperbehinderter Kinder der Tagesstätte für körperbehinderte Kinder, Nürnberg.

Der Versuch sollte zunächst auf die Dauer eines Schuljahres begrenzt sein. Innerhalb des gesamten Versuchsablaufs wurde in zwei begrenzten Zeiträumen (8 Wochen) das Verhalten der körperbehinderten Kinder systematisch beobachtet.
Waren im ersten Beobachtungsabschnitt die beiden Gruppen körperbehinderter Kinder jeweils unter sich, ("homogene" Gruppen), so nahmen im zweiten Teil bei beiden Gruppen jeweils etwa eine gleichgroße Anzahl nichtbehinderter Kinder gleichen Alters an den Unterrichtsstunden teil ("heterogene" Gruppen)

Der Versuchsaufbau, die Entwicklung einer geeigneten Methode sowie die Isolierung relevanter Variablen waren das Ergebnis teilnehmender Beobachtung bei medizinischen Untersuchungen und medizinischer Therapie, im Unterricht und bei anderen therapeutischen Behandlungen (Beschäftigungstherapie, Sprachtherapie etc.).
Die Begründung der Methode, sowie allgemeine und spezielle Probleme, die im Zusammenhang der Durchführung der Untersuchung auftauchten, werden in einem methodenkritischen Teil eigens diskutiert.

Ansatz dieser Arbeit sind die spezifischen Lebensvoraussetzungen und -bedingungen für körperbehinderte Kinder, Ziel ist es, durch empirisch abgesicherte Ergebnisse bisherige theoretische Überlegungen um einen Sport mit Körperbehinderten und praktizierten Sport einer kritischen Überprüfung zu unterziehen und somit, soweit als möglich, zu einer begründeten Durchsetzung sportlicher Betätigung körperbehinderter Kinder in geeigneten Rehabilitationsbereichen als auch im Freizeitbereich beizutragen. Die Erprobung neuer Betätigungsmöglichkeiten, wie sie der Sport darstellt, darf dabei nicht Selbstzweck sein, sie sollten immer unter dem Gesichtspunkt analysiert werden, ob dadurch tatsächlich dem körperbehinderten Kind geholfen werden kann.

1.2. Therapie, Rehabilitation und Sport für körperbehinderte Kinder

In einem fast einjährigen Versuch wurden Möglichkeiten und Bedingungen eines Sports/Sportunterrichts mit Gruppen körperbehinderter Kinder erprobt. Systematische Verhaltensbeobachtungen sollten Aufschluß darüber geben, wie sich körperliche Betätigung unter variierter sportlicher Zielsetzung auf körperbehinderte Kinder (Cerebralparesen) verschiedener Altersgruppen auswirkt.

Die Fragestellung ergab sich aus der Notwendigkeit kritischer Überprüfung von Aussagen über die positive Wirksamkeit sportlicher Betätigung körperbehinderter Kinder, v.a. des Wettkampfsports, auf die häufig zu beobachtenden auffallenden Verhaltensformen (vgl. etwa Gill, 1975). Da sportliche Betätigung in der Therapie und Rehabilitation bei Körperbehinderten zunehmend an Beachtung und Interesse gewinnt, bisher aber kaum Arbeiten vorzufinden sind, die eine positive Wirksamkeit sportlicher Betätigung bei körperbehinderten Kindern empirisch nachweisen können (Ausnahme: Die erwähnte Arbeit von Bausenwein u.a. 1977), ist zu fragen, ob eine augenblickliche Euphorie nicht gerade nachteilige Wirkungen und Folgen verdeckt, die sich aus der sportlichen Betätigung bei körperbehinderten Kindern ergeben können.

Einleitend wurden beispielhaft mögliche Konfliktfelder benannt, innerhalb derer Sport der Therapie entgegengesetzte Wirkungen auslösen könnte. (Vgl. S. 3 ff.) Soll aber Sport bei körperbehinderten Kindern sozialisationswirksam, d.h. letztlich, zur Verbesserung der Lebensbedingungen eingesetzt werden, so müssen unter den vielfältigen Sportarten, Zielsetzungen und Organisationsformen, in welchen die Sportausübung möglich ist, diejenigen herausgefunden werden, welche sich tatsächlich in die Zielsetzungen von Therapie und Rehabilitation integrieren lassen.

Rehabilitation und spezielle Therapien setzen sich die Aufgabe, durch eine Vielzahl aufeinander abgestimmter Maßnahmen dem körperbehinderten Kind und Erwachsenen Eingliederungshilfen in die Gesellschaft zu geben, soweit es der Schaden zuläßt. (Vgl. Bläsig, 1967)
Neben den speziellen medizinischen Maßnahmen (Operation, Therapie) gewinnen dabei pädagogisch-psychologisch-soziale Maßnahmen innerhalb des Gesamtkomplexes von Therapie und Rehabilitation zunehmend an Bedeutung, was sich auch in neuen Modellkonzeptionen möglicher Zusammenarbeit niederschlägt. (Vgl. Schönberger, 1974a,1974b)
Im besonderen bei Kindern mit Cerebralparesen, - der größten Gruppe innerhalb der verschiedenen Formen der Körperbehinderung - , zeigen sich zusätzlich zum motorischen Schaden häufig Mehrfachschäden und Mehrfachbehinderungen sowie Verhaltensauffälligkeiten, was sich zusätzlich negativ auf die Sozialisations- und Lebensbedingungen auswirken kann.
Eine besondere Problemgruppe bildet hierbei die Gruppe der leichter behinderten Kinder, aus der auch die Versuchspersonen der Untersuchung ausgewählt wurden:

- Diese Kinder sind i.a. einer überfordernden oder inkonsequenten Erziehungssituation ausgesetzt, was sich, folgt man den Ergebnissen verschiedener Arbeiten zu diesem Problemkreis, nachhaltig negativ im Verhaltensbereich auswirken kann (vgl. etwa: Jansen, 1973, Kunert, 1974, Schmidt, 1971 u.a.)
- Der vergleichsweise geringe Schaden ermöglicht leichter Behinderten relativ große Selbständigkeit und Mobilität; die leichter Behinderten haben somit oft die Möglichkeit, mit Nichtbehinderten zusammenzutreffen, sehen aber, daß sie sich von diesen unterscheiden und häufig nicht akzeptiert werden.

Schon Barker (1953) wies auf die Marginalsituation gerade der leichter Behinderten hin: Sie orientieren sich an den Normen der gesellschaftlichen Mehrheit der Nichtbehinderten und wollen sich ihnen angleichen, werden von

diesen aber insgesamt der Gruppe der Behinderten zugezählt und entsprechend behandelt. Dieser Konflikt wirkt sich auf die Gesamtpersönlichkeit aus, etwa in Kontaktproblemen, emotionalen Schwankungen, Problemen im Leistungsbereich etc.

Damit waren die wesentlichen Zielpunkte der empirischen Untersuchung fixiert:

1) Wie wirkt sich sportliche Betätigung unter Variierung der Zielsetzung (Leistungsanspruch) auf körperbehinderte Kinder (Cerebralparesen) mit verhältnismäßig geringen körperlichen Schädigungen (Gehfähigkeit) verhaltensbeeinflussend aus?
   Die Ergebnisse sollten als Ansatzpunkt einer sportlichen Verhaltenstherapie bei körperbehinderten Kindern gesehen werden.

2) Wie wirkt sich die gemeinsame sportliche Betätigung mit nichtbehinderten Kindern auf die Verhaltensäußerungen derselben körperbehinderten Kinder aus.
   Diese Fragestellung sollte die Möglichkeiten zu sozialer Kontaktaufnahme in speziellen (Sport-)situationen erfassen.

Für beide Untersuchungsfragestellungen war das Maß die relative Höhe der Verhaltenswerte und der Interaktionshäufigkeit.

Die Versuchsergebnisse und praktischen Erfahrungen während der Versuche sollen uns in die Lage versetzen, die Möglichkeiten sportlicher Betätigung im Rahmen von Therapie und Rehabilitation sinnvoll zu diskutieren.

1.2.1. Gruppenauswahl und Zeitraum der Untersuchung

Mit Beginn des Schuljahres September 1976 - Juli 1977 lief der sportpraktische Versuch mit zwei Gruppen körperbehinderter Kinder der Tagesstätte für körperbehinderte Kinder, Nürnberg-Mögeldorf, an. Die Kriterien der Auswahl und Differenzierung der Gruppen ergaben sich anhand von Erkenntnissen, welche innerhalb von Forschungen der verschiedenen, an der Rehabilitation beteiligten Fachwissenschaften, veröffentlicht sind, und welche als Grundlage der Reformierung bestehender oder bei der Konzipierung neuer Rehabilitationsprogramme dienen sollen.

1. Jede Gruppe sollte höchstens 10 Kinder umfassen. Damit sollte der Forderung nach kleineren Gruppen gerecht werden, wie sie vornehmlich in den Empfehlungen der Bildungskommission (1973) formuliert wird. (etwa S. 99)
2. Die Altersgrenzen der Gruppen waren:
   Jüngere Kinder: 6 - 10 Jahre
   Ältere Kinder: 11 - 16 Jahre
   Die Begründung für diese Altersdifferenzierung liefert etwa Wegener (1968), der im Alter ab 10 Jahre eine erheblich veränderte Einstellung zur Körperlichkeit feststellt, was für körperbehinderte Kinder in besonderer Weise verhaltensbeeinflussend wirken soll.

Der Versuch fand mit gehfähigen Kindern dieser beiden Altersgruppen statt. Diese Voraussetzung war für den Versuch von besonderer Bedeutung:

- diese Kinder mit leichten bis mittelschweren Schädigungen können ein relativ weitgefächertes Übungsprogramm absolvieren, die Spanne zwischen geringer und hoher Leistungsforderung kann damit weiter auseinanderliegen.
- Gerade die Kinder mit leichten bis mittelschweren Schädigungen werden in ihrem Verhalten als besondere Problemgruppe ausgewiesen. (vgl. Anhang, siehe päd./psych. Gutachten, vgl. auch Barker, 1953, Jansen, 1973, Kunert, 1976)

- Für sie besteht, aufgrund der relativen Unabhängigkeit in der Mobilität, tendentiell häufiger als bei den nicht Gehfähigen die Möglichkeit, in oder außerhalb von Institutionen mit Nichtbehinderten in Kontakt zu kommen. Dies war insofern von Bedeutung, als im zweiten Abschnitt des Versuchs beide Gruppen jeweils mit der gleichgroßen Anzahl nichtbehinderter Kinder zusammengeführt wurden.

Innerhalb des Schuljahres waren es zwei Zeiträume etwa von 8-10 Wochen, innerhalb derer die Kinder systematisch beobachtet wurden:

- Im Herbst 1976: Jeweils homogene Gruppen (nur körperbehinderte Kinder)
- Im Sommer 1977: Jeweils heterogene Gruppen (zusammen mit gleichaltrigen gesunden Kindern)(siehe Versuchsplan S. 147a)

Da, wie oben gezeigt, sportliche Betätigung auf sehr verschiedene Weise möglich ist (vgl. Theoretischer Teil, Kapitel II, 1.2.), mußte eine Entscheidung getroffen werden, welche Sportart, welche Organisationsform und welche Zielsetzung es am ehesten erlaubten, jene Kinder systematisch zu beobachten, bzw. praxisrelevante, verwertbare Erkenntnisse zu liefern.
Dies war v.a. auch insofern wichtig, als die Menge der unabhängigen Variablen, welche in irgendeiner Weise hätten verhaltensbeeinflussend wirken können, begrenzt werden mußte.
Aus diesem Grunde wurden Organisationsform (Sportunterricht) und Sportart (Ballspiele und entsprechend vorbereitende Übungen) konstant gehalten.

Dagegen schien es sinnvoll und notwendig, gerade auch hinsichtlich schon praktizierter sportlicher Betätigung im Wettkampf, die sportimmanente Zielsetzung der Leistung (Leistungsforderung, Leistungsvergleich, Leistungsnormierung, Leistungsbeurteilung) zu variieren.

Der Sportunterricht wurde in das normale Schul- und Therapie- (sprich: Rehabilitations-)programm integriert, er fand in einer normalen Schulturnhalle statt.

1.2.2. Übungsprogramm

Es wurde ein Programm entwickelt, in welchem das Erlernen von Ballspielen im Vordergrund stand. Zusätzlich, aber in erheblich geringerem Umfang, wurden Gymnastik und Turnen (Hindernisturnen) als andere Formen sportlicher Betätigung angeboten.
Der Ball, bzw. Ballspiele boten sich als besonders günstig für die Durchführung dieses Versuches an:

- Alle Kinder hatten schon Vorerfahrungen mit dem Ball aus der Krankengymnastik-Therapie, er dient dort als ein wichtiges Hilfsmittel,
- der Ball wirkt im allgemeinen stark bewegungsmotivierend auf die Kinder
- mit dem Ball können alle ausgewählten Kinder alle Übungen in gleicher Weise durchführen. Zudem verlangen die Grundbewegungen mit dem Ball keine besonderen motorischen Fertigkeiten und Fähigkeiten als Voraussetzung. (z.B. beim Treten, Prellen, Werfen, Fangen). Die Kinder sind bei der Bewegungsausführung nicht an festgelegte Bewegungsregeln gebunden (relativ freie Bewegungsausführung).
- Mit dem Ball, Ballspiel, Ballwettkampf können sehr gut Interaktionen aufgebaut werden. (Übungen in Gruppen, Zusammenspiel in Mannschaften etc.)
- Bei Ballwettspielen, die in Gruppen oder Mannschaften durchgeführt werden, ist sowohl die Einzel- als auch die Gruppenleistung entscheidend für Erfolg oder Mißerfolg. Die Regeln sind, v.a. bei kleinen Ballspielen, i.a. einfach und überschaubar; dadurch wird es möglich, abweichende Verhaltensformen, welche sich gegen Personen oder Regeln richten, tatsächlich auch als solche zu deuten.

Unterrichtsmethodisch wurde nach den üblichen Verfahren und Prinzipien eines normalen Sportunterrichts vorgegangen. Wenn auch der Wechsel von Belastung und Erholung ein wichtiger Bestandteil des Unterrichtsablaufes war, so ging es doch weniger um die allgemeine Verbesserung der motorischen Grundeigenschaften und ihrer Komponenten (Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer), als vielmehr um die Verbesserung motorischer Fertigkeiten (Balltechnik), kognitiver Fähigkeiten (Erfassen eines Spielgedankens und Realisierung im Wettspiel) und sozial-emotionaler Verhaltensformen.
Auf unterrichtsmethodische Probleme wird auch weiter unten, bei der Diskussion der empirischen Ergebnisse, sowie im Zusammenhang, inwieweit jene Ergebnisse praktisch verwertbar sind, eingegangen werden. (Vgl. 3.1.)

1.3. Hypothesen

a) Lehrer- (Erzieher-) Verhalten und Verhalten der körperbehinderten Kinder

Da die sportliche Betätigung in der Organisationsform des Sportunterrichts geplant wurde, mußte zunächst das Verhalten des Sportlehrers als unabhängige Variable berücksichtigt werden.
In Anlehnung an die theoretischen Erkenntnisse der Erziehungspsychologie (vgl. Tausch/Tausch 1973) sind folgende Reaktionen auf die Verhaltensweisen des Lehrers zu erwarten:

- Bei größerem Ausmaß an Wertschätzung- Wärme- Zuneigung von Lehrern - Erziehern:

  Positive reziproke Affekte (emotionale Sicherheit, Gegenkonditionierung von Angst, Gefühl der Wertschätzung)

  Häufige positive Bestätigung, größeres Ausmaß an Selbstachtung, Verstärkung positiver Elemente des Selbstkonzeptes

  Keine Demütigung, Beschämung, Bloßstellung, Provokation, Manipulation

- Bei Geringschätzung - Kälte - Ablehnung:
  Annahme entgegengesetzter Auswirkungen, z.B. Verminderung von Selbstachtung etc.

- Bei größerem Ausmaß von Lenkung - Dirigierung - Kontrolle von Lehrern - Erziehern:

  Geringes Ausmaß an Freiheit des Handelns

  Häufiges reaktives Verhalten, selten spontanes Verhalten

  Geringes Gefühl von Freiheit, größeres Maß an Spannungen und Opposition

  Evtl. höheres Ausmaß an Leistungen nicht-kreativer Art in gewissen Bereichen

  Beobachtungslernen an einem Modell mit hohem Ausmaß der Dirigierung anderer Personen

- Bei geringem Ausmaß von Lenkung - Dirigierung - Kontrolle:

  Größeres Ausmaß der Freiheit des Handelns und der Selbstbestimmung

  Größeres Gefühl von Freiheit

  Größere Möglichkeiten zu kreativem wie spontanem Verhalten

  Beobachtungslernen an einem Modell mit geringer Lenkung anderer Personen

  Möglichkeiten des Erlernens von Kooperation sowie sozialer Konfliktregelung

  Möglichkeit geringer Leistung und geringer sozialer Ordnung, es sei denn, daß Eigeninitiative Selbstdisziplin und soziales Verhalten durch ein hohes Maß angemessenen Modellverhaltens und durch ein hohes Ausmaß der emotionalen Dimension von Lehrern-Erziehern gefördert werden.

  (S.163)

Da die Autoren nicht hinsichtlich bestimmter Problemgruppen spezifizieren, ist anzunehmen, daß oben dargestellte Zusammenhänge in gleicher Form für nichtbehinderte als auch für körperbehinderte Kinder gelten. Miteingegangen in die Dimensionen des Lehrer-Erzieherverhaltens sind zudem Beobachtungen des Verhaltens von Psychotherapeuten. (vgl. auch Rogers u. Dymond, 1954, Rogers u.a., 1967, Truax u. Carkhuff, 1967, Barrett-Lennard, 1962, Feifel u. Eells, 1963, Strupp u.a. 1964)

b) Die Auswirkung unterschiedlichen Leistungsanspruchs auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder

Die unterschiedlich strukturierten sportlichen Handlungssituationen wirken sich verschieden auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder aus. Abweichendes Verhalten, d.h. Verhaltensweisen, die im unteren Skalenbereich der Verhaltensdimensionen (vgl. hierzu Anhang IV) angesiedelt sind, dürften in solchen Situationen vermehrt und verstärkt auftreten, in denen die Leistungsforderungen vergleichsweise hoch sind, z.B. im Wettkampf. Dagegen werden sie in Situationen mit geringerem Leistungsanspruch seltener sein.

Voraussetzungen für diese Annahme finden wir einerseits in den von der sportlichen Betätigung geforderten Verhaltensdispositionen, dem Bedürfnis nach körperlicher Aktivität sowie dem Bedürfnis nach Leistungsrealisierung andererseits in der Problematik, die sich für das körperbehinderte Kind gerade hinsichtlich der Erbringung motorischer Leistungen ergeben; zudem handelt es sich bei den Kindern der Versuchsgruppen um die in bezug auf ihr Verhalten häufig genannte Problemgruppe der leicht bis mittelschwer Behinderten, welche zumeist einer Überforderungssituation ausgesetzt sind und dadurch bei einer geforderten Erbringung von Leistungen besonders anfällig sind. (vgl. Jansen, 1973, Schmidt, 1971 mit zitierter Literatur)

c) Das Alter als intervenierende Variable

In der Gruppenzusammensetzung wurde wesentlich die Altersgrenze von 10 Jahren berücksichtigt. Hintergrund ist der Umstand, daß mit der sich verändernden Einstellung zur Körperlichkeit in diesem Alter erhebliche weitere Probleme für die Persönlichkeitsentwicklung des körperbehinderten Kindes auftreten. Es wurde angenommen, daß sich dies in besonderer Weise auch im Sport ausdrücken würde. Die unter b) gestellten Annahmen häufiger fest-

zustellender negativer Verhaltensformen bei stärkerem Leistungsanspruch sollten sich deswegen bei den älteren Kindern stärker auswirken als bei den jüngeren.

d) Nichtbehinderte Kinder als intervenierende Variable

Durch das Zusammentreffen mit nichtbehinderten Kindern in Sportsituationen, durch welche die unterschiedliche körperliche Leistungsfähigkeit betont wird und die Nachteile für die körperbehinderten Kinder sich dann verstärken, wenn der Leistungswettbewerb schärfer wird, würden, so die Annahme, sich auch die unter b) und c) erwarteten Tendenzen verstärken.

e) Anpassungsreaktionen

Es wurde insgesamt davon ausgegangen, daß der regelmäßige Sportunterricht mit körperbehinderten Kindern Gewöhnungseffekte im Verhalten der körperbehinderten Kinder hervorrufen würde.
Nach den Ausführungen im theoretischen Teil handelt es sich bei den leichter körperbehinderten Kindern um eine Gruppe, bei der besonders häufig Verhaltensstörungen bzw. Verhaltensabweichungen festzustellen sind.

Solche Verhaltensstörungen zeigen sich nach außen in emotionalen Schwankungen, Hyper- oder Hypoaktivität, Integrations- und Kontaktschwierigkeiten.

Die Frage war nun, inwieweit und ob überhaupt insgesamt und innerhalb der begrenzten Dauer der einzelnen Versuchsabschnitte Wirkungen auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder nachzuweisen sind bzw. ob schon die in der Vorsozialisation erworbene Verhaltensdispositionen derart manifest sind, daß sie sich auch durch für diese Kinder neuartige Anregungssituationen nicht mehr verändern.

1.4. Die Methode und ihre Probleme

1.4.1. Wahl der Methode, Konstruktion und Darstellung des Instruments

Für die Untersuchung wurde als empirische Methode das Verfahren der systematischen Beobachtung gewählt. Beobachtung ist ein, etwa im Vergleich zur Befragung, relativ selten angewandtes Verfahren der Datenermittlung in der Soziologie. Neben der Verwendung in der Ethnologie, der Kultur- und Sozialanthropologie als "teilnehmende" Beobachtung werden Verfahren der nicht-teilnehmenden Beobachtung unter kontrollierten Bedingungen vornehmlich in der Psychologie, insbesondere der Sozialpsychologie, zur Erforschung der Verhaltensweisen einzelner Personen sowie der Beobachtung kleiner sozialer Gruppen angewandt.

Die Anwendung eines Beobachtungsverfahrens ist dann angemessen, wenn:

- Informationen über komplexe Verhaltensweisen und Interaktionen eingeholt werden sollen,
- dazu verbale Auskünfte nicht möglich sind (z.B. bei Kindern)
- es sich um Bereiche handelt, bei denen verbale Äußerungen nicht von Bedeutung sind (vgl. Friedrichs, 1973, S.274)

Diese Voraussetzungen treffen auf das Interesse der empirischen Untersuchung weitgehend zu: Verhaltensreaktionen und Interaktionshäufigkeit körperbehinderter Kinder in Sportsituationen unter besonderen Bedingungen; soweit verbale Verhaltensäußerungen von Bedeutung waren, ging es weniger um den Inhalt als vielmehr um die beobachtbare, äußere Form der verbalen Kommunikation. Die Frage, ob neben der Beobachtung zusätzliche Methoden der Datenermittlung angewandt werden sollten, wurde sowohl aus formalen - der notwendigen Begrenzung des Umfanges der Arbeit -, als auch aus sachinhaltlichen Gründen - der Gefahr einer Abweichung vom zentralen Interesse der Arbeit -, negativ entschieden.

Die Beobachtungen wurden in Experimentalsituationen durchgeführt.
Für die Wahl eines geeigneten Instrumentes gibt es zwei Möglichkeiten:

- Die Benutzung eines schon angewandten, standardisierten Instrumentes. Die Untersuchungsfragestellung wird den Möglichkeiten und Bedingungen dieses Instrumentes angepaßt. (Beispiel: Das Beobachtungsschema von Bales zur Analyse der Interaktionen von Diskussionsgruppen, vgl. Bales, 1968)
- Die Konstruktion eines neuen, dem Forschungsinteresse und der Fragestellung angemessenen Instrumentes.

Auszuschließen waren von vornherein solche Instrumente, mit Hilfe derer auf sprachlichen Äußerungen aufgebaute Interaktionen, etwa in Diskussionen, analysiert wurden. (Bales, a.a.O., auch Borgatta und Crowther, 1965).
Naheliegender war es, solche Instrumente zu beachten, mit denen Unterrichts/Erziehungssituationen beobachtet wurden. (Vgl. etwa die Vielzahl der zitierten Arbeiten in Tausch/Tausch, 1973)
Jene Arbeiten beziehen sich allerdings i.a. auf die normale Unterrichtssituation, in denen die sprachliche Äußerung zentraler Bestandteil der Kommunikation und Verhaltensäußerung ist; auch die Verfahren zur Beschreibung nonverbalen Verhaltens (vgl. etwa: Hall, 1963, Birdwhistell, 1968.) konnten das Untersuchungsinteresse nicht abdecken.
Ein Beispiel für ein Instrument zur Beobachtung des Verhaltens von erziehungsschwierigen Kindern in Sportsituationen ist bei Rieder (1971) zu finden. Durch und mit jenem Schema wurde allerdings nur das Verhalten der Kinder in bestimmten Dimensionen erfaßt, andere Variablen, die für die Unterrichtssituation im Sport zu beachten sind, wurden dagegen ausgelassen (z.B. Verhalten des Lehrers, verschiedene Situationen etc.)
Damit begründet sich die Konstruktion eines neuen, dem Untersuchungsgegenstand angemessenen Instruments.

- Konstruktion des Instruments

Bei der Konstruktion des Beobachtungsinstruments wurden, wie Weick (1968, S. 402 ff.) empfiehlt, beide Vorgehensweisen, empirische wie theoretische, berücksichtigt. Körperbehinderte Kinder wurden unter verschiedenen Bedingungen, etwa im Schulunterricht, bei der Therapie, bei medizinischen Untersuchungen, im freien Spiel, nichtteilnehmend oder teilnehmend beobachtet. Dies diente einerseits dazu, die Kinder kennenzulernen, mit ihren Schadensbildern und Behinderungen vertraut zu werden, als auch ihr Verhalten unter den verschiedensten Bedingungen einschätzen zu lernen.
Die Erfahrungen dieser Beobachtungen gingen ebenso in die Konstruktion des Instruments ein, wie rationale Überlegungen zur Erstellung von Beobachtungsitems und Kategorien, etwa der theoretische Hintergrund und Bezugsrahmen von Verhaltensdimensionen.

- Darstellung des Instruments

1) Einheiten:

Als zu beobachtende Ereignisse galten alle Verhaltensäußerungen des Lehrers und der körperbehinderten Kinder sowie die Interaktionen sowohl zwischen Lehrer und Kindern, als der Kinder untereinander, während des gesamten Beobachtungszeitraums (Sportstunde) (1)

---

(1) Zum Verhaltensbegriff:

"Verhalten" soll als allgemeiner Begriff für sämtliche beobachtbaren Handlungen und Unterlassungen eines Lebewesens verstanden werden. (vgl. auch Schoeck, 1975, S. 343) Der empirische (und damit operationelle) Bezug der Definition ist dadurch gegeben, daß Verhalten auf diejenigen Handlungen und Unterlassungen eingeschränkt ist, welche b e o b a c h t b a r sind.

2) Kategorien:

a) Lehrerverhalten: Das Lehrerverhalten wurde in zwei Dimensionen ausgedrückt:
Emotionale Dimension und Dimension Lenkung, Dirigierung Kontrolle (vgl. Tausch, Tausch, 1973)
Die Dimensionen wurden jeweils siebenstufig skaliert (Rangskala), die Wertungsstufen wurden durch Eigenschaftsbegriffe verdeutlicht, um die Urteile zu erleichtern und zu präzisieren.

b) Schülerverhalten (Verhalten der körperbehinderten Kinder):
Das Verhalten der körperbehinderten Kinder wurde in drei Dimensionen ausgedrückt:
Emotionales Verhalten, Aktivitätsbereitschaft und Integrationsbereitschaft.
Die emotionale Dimension sollte die Gefühlsäußerungen (z.B. fröhlich, traurig), die Aktivitätsdimension die Handlungsbereitschaft und den Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten, die Integrationsdimension die Anpassungen, das Verhältnis zu anderen Gruppenmitgliedern kennzeichnen.
(Vgl. Tausch/Tausch, 1973, und Rieder, 1971)
Die Dimensionen wurden ebenfalls siebenstufig skaliert, die Wertungsstufen durch Eigenschaftsbegriffe verdeutlicht.

c) Interaktionshäufigkeit
Die Beobachtungskategorie "Interaktionshäufigkeit" war fünfstufig skaliert; zusätzlich sollten der oder die Interaktionspartner benannt werden. (1)

---

1) Begriff: "Interaktionshäufigkeit"
"Interaktion" soll im weitesten Sinne als jede Art von wechselweiser Bezugnahme von zwei oder mehreren Personen, die beobachtbar ist, definiert werden.
"Interaktionshäufigkeit" ist operationalisiert als die Menge der Partner, mit denen innerhalb eines Beobachtungsabschnitts beobachtbare Interaktionen aufgenommen wurden. **(In der Darstellung der Untersuchungsergebnisse ist die Interaktionshäufigkeit als Interaktionsbereitschaft gedeutet.)**

d) Objekte
Objekte waren die verschiedenen im Unterricht verwandten oder selbständig von den Kindern benutzten Sport- und Spielgeräte Bälle, Matten, Kasten, Ringe etc.) (Nominalskala)

3) Ort der Beobachtung:
Normalturnhalle mit entsprechender Ausstattung

4) Beobachtungszeitraum: Schulstunde (45 Min.), 1x/Woche
- Beobachtungsabschnitte:
  Die Unterrichtsstunde wurde in jeweils 3 Abschnitte eingeteilt:
  - Z1-Phase der Selbstbeschäftigung/Selbsttätigkeit
  - Z2- Erwärmung, Übung (etwa: Gymnastik/technische Fertigkeiten)
  - Z3- (Wett)-spiel, Wettkampf

Die 3 Beobachtungsabschnitte ("Phasen") sind inhaltlich durch das verschiedene Anspruchsniveau differenziert. In Z1 wurden überhaupt keine Anforderungen gestellt, Z2 war auf die Verbesserung körperlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten angelegt, ohne einen Leistungsanspruch explizit sichtbar machen zu wollen. In Z3 sollte eine Wettkampfsituation simuliert werden, in welcher die Leistungserbringung im Rahmen vorgegebener (Spiel/-Wettkampf-)Regeln im Vordergrund steht.
Für jede Phase wurde für jedes Kind und den Lehrer jeweils eine Bewertung innerhalb der verschiedenen Verhaltensdimensionen als auch für die Interaktionshäufigkeit gegeben.
(vgl. zum Beobachtungsschema auch Anhang IV)

d) Objekte
Objekte waren die verschiedenen im Unterricht verwandten oder selbständig von den Kindern benutzten Sport- und Spielgeräte Bälle, Matten, Kasten, Ringe etc.) (Nominalskala)

3) Ort der Beobachtung:
Normalturnhalle mit entsprechender Ausstattung

4) Beobachtungszeitraum: Schulstunde (45 Min.), 1x/Woche
- Beobachtungsabschnitte:
Die Unterrichtsstunde wurde in jeweils 3 Abschnitte eingeteilt:
  - Z1-Phase der Selbstbeschäftigung/Selbsttätigkeit
  - Z2- Erwärmung, Übung (etwa: Gymnastik/technische Fertigkeiten)
  - Z3- (Wett)-spiel, Wettkampf

Die 3 Beobachtungsabschnitte ("Phasen") sind inhaltlich durch das verschiedene Anspruchsniveau differenziert. In Z1 wurden überhaupt keine Anforderungen gestellt, Z2 war auf die Verbesserung körperlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten angelegt, ohne einen Leistungsanspruch explizit sichtbar machen zu wollen. In Z3 sollte eine Wettkampfsituation simuliert werden, in welcher die Leistungserbringung im Rahmen vorgegebener (Spiel/-Wettkampf-)Regeln im Vordergrund steht.
Für jede Phase wurde für jedes Kind und den Lehrer jeweils eine Bewertung innerhalb der verschiedenen Verhaltensdimensionen als auch für die Interaktionshäufigkeit gegeben.
(vgl. zum Beobachtungsschema auch Anhang IV)

1.5. Methodenprobleme der Untersuchung

Bei der Konstruktion des Beobachtungsinstrumentes als auch der empirischen Untersuchung selbst waren einige Probleme zu berücksichtigen, wie sie sich im allgemeinen für empirische Untersuchungen sowie i.b. bei der Methode der Beobachtung ergeben. Eine umfassende Diskussion aller methodischen Probleme, die in irgendeiner Form vorliegende Untersuchung tangieren, ist allerdings hier nicht möglich; dies würde den Rahmen der Arbeit sprengen und erheblich vom eigentlichen Interesse der Arbeit wegführen.
Beschränkt werden soll sich auf die Diskussion jener methodischen Probleme, die zentral die spezifische als auch allgemeine Aussagekraft der empirischen Untersuchung betreffen und die Interpretationsmöglichkeiten beeinflussen können.

1.5.1. Probleme der Forschungsanordnung

Nach Zimmermann (1972) wird Experiment definiert als:

> "wiederholbare Beobachtungen unter kontrollierten Bedingungen, wobei eine (oder mehrere) unabhängige Variable(n) derartig manipuliert wird (werden), daß eine Überprüfungsmöglichkeit der zugrunde liegenden Hypothese (Behauptung eines Kausalzusammenhanges) in unterschiedlichen Situationen gegeben ist." (S. 37)

Wenn auch in vorliegender Untersuchung solche Kausalzusammenhänge überprüft werden sollten, so sind doch nur teilweise die Kriterien erfüllt, die in einem streng wissenschaftlichen Sinne an die Untersuchungsanordnung "Experiment" zu stellen sind. Dies hat seine Ursachen im Interesse der Untersuchung und deren Vorbedingungen, v.a. aber in der Aufgabenstellung, gewonnene Untersuchungsergebnisse in der Praxis (Sonderpädagogik, Therapie, Rehabilitation) verwerten zu können. Einschränkungen ergaben sich im wesentlichen auf zwei Ebenen:

a) - Kontrolle der Einwirkungsfaktoren

Die beiden wesentlichen Kriterien experimenteller Versuchsanordnung, Kontrolle der Einwirkungsfaktoren und Manipulation der unabhängigen Variablen, ließen sich in der Untersuchung selbst nur teilweise erfüllen.

Die beiden zu manipulierenden Hauptvariablen,
- Lehrerverhalten
- Anspruchsniveau in der Sportsituation

waren vielfältigen Einflüssen ausgesetzt, so daß eine Kontrolle dieser Einwirkungsfaktoren nur in beschränktem Maße gelingen konnte.
Wie schon mehrfach angedeutet wurde, sollte die Untersuchung einen möglichst nahen Praxisbezug beinhalten; d.h. beispielsweise, daß die unabhängige Variable "Lehrerverhalten" als Teil des Interaktionsgeschehens im Unterrichtsprozeß nicht isoliert verändert werden konnte, sondern in ihrer Manipulationsfähigkeit auch von besonderen Bedingungen des Unterrichtsgeschehens abhängig war. Auch die Bildung eines unterschiedlichen "Anspruchsniveaus" (als Kennzeichnung des Leistungsbezuges in Sportsituationen) hing von mehreren zusätzlichen Bedingungen ab, etwa den körperlichen Voraussetzungen der Kinder, den kognitiven Möglichkeiten, dem Alter etc.; ein wesentlicher Grund war auch, daß die Kinder als sogenannte Versuchspersonen nicht beliebig manipuliert werden durften, etwa, indem bewußt ein zu hohes Anspruchsniveau hinsichtlich körperlichen Belastungs- und damit Leistungsfähigkeit gestellt wurde. (vgl. zu den ethischen Problemen des Experiments: APA, 1971, Katz, 1972)

b) - Kontrolle der Ergebnisse (Kontrollgruppen)

Die Ergebniskontrolle im Experiment erfolgt im allgemeinen durch die Bildung von Kontrollgruppen, die den besonderen Versuchsbedingungen nicht ausgesetzt sind.
In vorliegender Untersuchung wurde auf die Bildung von Kontrollgruppen verzichtet, wobei folgende Überlegungen

angestellt wurden:

- Die Bildung entsprechender Kontrollgruppen Körperbehinderter aus der gleichen Grundgesamtheit erübrigte sich durch den Versuchsaufbau: Sie hätten dann gebildet werden müssen, wenn die Versuchsgruppe(n) nur jeweils einer bestimmten Leistungssituation ausgesetzt worden wäre; dadurch, daß der Leistungsanspruch innerhalb des Beobachtungszeitraumes in drei Situationen unterschiedlich standardisiert wurde, ergab sich der Vergleich durch mögliche unterschiedliche Verhaltensäußerungen der gleichen Gruppe. Als Kontrollsituation diente gewissermaßen die Situation Z1 (Selbstbeschäftigung). Ähnliches gilt für die Variable "Lehrerverhalten", wobei entsprechend der Unterrichtssituation v.a. hinsichtlich der Dimension Lenkung, Dirigierung, Kontrolle unterschiedliches Ausmaß geplant war.

- Die Bildung entsprechender Kontrollgruppen gesunder Kinder (Kriterium: Alter) in einer Zufallsauswahl wurde sowohl aus Problemen der Vergleichbarkeit als auch aus der Fragestellung der Untersuchung heraus abgelehnt. Probleme der Vergleichbarkeit wurden darin gesehen, daß gesunde Kinder (im Unterschied zu den Versuchsgruppen) Erfahrungen in sportlicher Betätigung haben, mit dem System der Regeln und Normen sportlicher Betätigung im allgemeinen, etwa durch den schulischen Sportunterricht, vertraut sind. Die wichtige Voraussetzung für eine Kontrollgruppe wäre eben gewesen, daß die Kinder noch keinerlei Erfahrungen in sportlicher Betätigung erworben haben.
  Zudem hätte - eine Folge sowohl von Erfahrungen in sportlicher Betätigung als auch der besseren körperlichen Voraussetzungen - sowohl die Übungsauswahl als auch - damit zusammenhängend - das Anspruchsniveau andere Kriterien beinhalten müssen, als bei den körperbehinderten Kindern.
  Damit ist auch der zweite Grund angesprochen, weshalb die Bildung von Kontrollgruppen gesunder Kinder nicht sinnvoll erschien:

Es sollten die Möglichkeiten sportlicher Betätigung für körperbehinderte Kinder, die besonderen Sozialisationsbedingungen aufgrund ihres Körperschadens und zusätzlichen Einschränkungen ausgesetzt sind, untersucht werden; dabei geht es zunächst um das behinderten-immanente Problem inwieweit motorische Einschränkungen und in der Vorsozialisation erworbene Verhaltensweisen v.a. hinsichtlich des sportlichen Leistungsanspruchs, aber auch in der Übungsauswahl und -Durchführung - insbesondere auch dann, wenn körperbehinderte Kinder sich zusammen mit nichtbehinderten Kindern sportlich betätigen sollen - Bedingungen auferlegen, durch die der formale als auch inhaltliche Ablauf des Sports (Sportunterricht, Wettkampfsport etc.) mit körperbehinderten Kindern erheblich sich von dem nichtbehinderter Kinder unterscheiden muß. Im weiteren Verlauf verwenden wir deshalb den Begriff "Untersuchung".

1.5.2. Kriterien der Probandenauswahl

Bei der Auswahl der Kinder, die an der Untersuchung teilnehmen sollten, konnte aus verschiedenen Gründen kein gängiges Verfahren der Stichprobenkonstruktion berücksichtigt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung können aufgrund der Auswahl und ihrer Kriterien deshalb nicht auf alle Körperbehinderten bzw. Formen der Körperbehinderung bezogen werden.
Die Kriterien der Probandenauswahl und Gruppenzusammensetzung entstammen hierbei vorzugsweise untersuchungsexternen Bedingungen:

- organisatorische Voraussetzungen
  Alle teilnehmenden Kinder besuchen oder besuchten zum Zeitpunkt der Untersuchung die gleiche Tagesstätte für körperbehinderte Kinder, entweder ganzzeitlich (Therapie und Schule) oder teilzeitlich (nur Therapie).

- behinderungsspezifische Voraussetzungen
  Alle Kinder waren gehfähig, sie hatten und haben leichte bis mittelschwere körperliche Behinderungen, wobei alle Kinder primär cerebralgeschädigt sind, d.h. die motorische (und eventuelle zusätzliche) Behinderung durch einen Hirnschaden verursacht ist.
  Alle Kinder sind von Geburt an geschädigt (prä- oder perinatal). (Vgl. auch Anhang, I.)
- Hinsichtlich des soziokulturellen Milieus der Kinder konnte keine Differenzierung vorgenommen werden. Sie entstammen fast ausnahmslos - legt man gängige Kriterien zugrunde - sozialen Unterschichten, bzw. unterer Mittelschichten. Auch erfolgte keine geschlossene Differenzierung.
- Eine untersuchungsrelevante Differenzierung wurde nach dem Kriterium "Alter" vorgenommen.
- Hinsichtlich der zentralen Kategorie "Verhalten" wurde kein Kriterium gesetzt, so daß es sich hier um eine Zufallsauswahl handelt.

Die Aussagen der Untersuchung gelten damit für körperbehinderte Kinder mit:
- leichten bis mittelschweren Behinderungen,
- Behinderungen, die durch einen prä- oder perinatalen motorischen und evtl. zusätzlichen Schaden verursacht sind.
  Sie gelten zudem für die jeweils spezielle Altersgruppe unter 10 Jahre/ über 10 Jahre.

1.5.3. Fehlerquellen

"Fehlerquellen liegen bei der Beobachtung beim Beobachter, dem Instrument und der Situation."
(Friedrichs, 1976, S. 287)

- Beobachter:

Beobachtungen sind immer subjektiv, d.h. der Beobachter läßt seinen soziokulturellen Hintergrund und sein Vorverständnis von der Problemstellung in die Interpretation

der zu beobachtenden Ereignisse einfließen. Beispielsweise kann das Vorverständnis, Körperbehinderte sind verhaltensauffällig, verhaltensgestört, dazu führen, die Mehrzahl der beobachteten Verhaltensweisen in dieser Richtung zu interpretieren, bzw. bei der Beobachtung vorzugsweise auf besonders auffallende Verhaltensäußerungen zu achten und diese festzuhalten. Der Beobachterschulung war deswegen besondere Aufmerksamkeit zu schenken; die, notwendige, Selektivität der Beobachtungen sollte hierbei vom Untersuchungsziel und Forschungsplan, nicht von den eigenen Vorstellungen des Beobachters gelenkt sein.

- Instrument:

Im Instrument war zu berücksichtigen, daß die Beobachtungsitems auch tatsächlich diejenigen Ereignisse umfaßten, welche beobachtet werden sollten, wozu eine angemessene Auswahl und eine überschaubare Differenzierung der Kategorien Voraussetzung waren.

> "Das Instrument ist eine Fehlerquelle, wenn nur ein Teil der Beobachtungsitems zutrifft und die Beobachter daraufhin versuchen, möglichst viele Ereignisse den Items zuzuordnen, um gut ausgefüllte Protokolle zu liefern. Die Kategorien der Items können zu differenziert oder unvollständig sein, was eine geringe Reliabilität zur Folge hat." (Friedrichs, 1976, S. 287)

Die Anzahl der Kategorien eines Codes innerhalb eines Beobachtungsitems sollte der Situation und der Länge des zu beobachtenden Ereignisses angemessen sein. (Vgl. Medley/Mitzel, 1963, S. 300)

- Situation

Um Fehler, die durch die Veränderung der Beobachtungssituation selbst entstehen können, zu vermeiden, wurden Beobachtungssituation und Beobachtungsintervalle so weit als möglich standardisiert.

Und doch kann davon ausgegangen werden, daß etliche Störvariablen die Standardsituation zusätzlich beeinflußten, so daß keine der sich wiederholenden gleichen Situationen auch tatsächlich vollständig übereinstimmten.

Einige dieser möglichen Störvariablen, die für die Beobachtungssituation bedeutsam, aber im Instrument selbst nicht berücksichtigt werden konnten, u.a. deshalb weil sonst die Anzahl der Kategorien zu groß geworden wäre, sollen hier benannt werden:

- Die Einflüsse auf das Verhalten der zu beobachtenden Kinder vor der Beobachtungssituation
- Verschiedene sportliche Inhalte, etwa unterschiedliche Übungsinhalte und -formen, unterschiedliche Spiele und Wettkämpfe.
- Die Anwesenheit der Beobachter
- Das Fehlen von Kindern
- Äußere Bedingungen, wie Wetter, Jahreszeit etc.

Zur Prüfung von Reliabilität (und Objektivität) von Beobachtungen werden verschiedene Verfahren der Reliabilitätsprüfung vorgeschlagen. (Vgl. Weick, S. 404 ff.)

In vorliegender Untersuchung wurde die Reliabilität von Beobachtungen an einer Stichprobe von 300 Einzelbeobachtungen, die jeweils von 5 unabhängigen Beobachtern zur selben Einheit vorgenommen wurden, überprüft.

I. Zur Methode:

1. Überprüfung des Beobachtungsverfahrens:

Bestimmung von Objektivität und Interrater-Reliabilität mit dem Konkordanz-Koeffizienten τ nach Kendall an einer Stichprobe von 302 Einzelbeobachtungen à 5 Personen.

τ (302) = 0,71

τ_m = 0,64 (1)

Entscheidung:

1. Die Übereinstimmung der Beobachtungen ist hochsignifikant.
2. Das Verfahren liefert objektive Ergebnisse.
3. Die Interrater-Reliabilität ist in hohem Maße gesichert. ($p < 0,005$)

1) Fröhlich, W.D./Becker, J.: Forschungsstatistik, Bonn 1971 5 , sowie Sachs, 1974

2. Konkordanz der Verhaltensdimensionen

Die gewonnenen Beobachtungsdaten der Verhaltensäußerungen der körperbehinderten Kinder in den Dimensionen "emotionales Verhalten", "Aktivitätsbereitschaft" und "Integrationsbereitschaft wurden sowohl einzeln ausgewertet als auch zu einer Dimension "Gesamtverhalten" zusammengefaßt.
Die Zusammenfassung zur Dimension "Gesamtverhalten" ist durch die hohe Konkordanz der Einzeldimensionen gerechtfertigt, sie erleichtert zudem ein allgemeines Urteil über situationsbedingte Verhaltensäußerungen sowie Anpassungsreaktionen.
Nachgeprüft wurde die Konkordanz an allen Beobachtungsdaten der entsprechenden Verhaltensäußerungen:

τ (Kendall) = 0,59

$\chi^2 = 10,62 \quad (p < 0,01)$

Die hohe Konkordanz der Einzelverhaltensäußerungen der körperbehinderten Kinder ist von ihren möglichen Ursachen her zu problematisieren:

- Die Beobachter neigten dazu, mehr globale Wertungen abzugeben, d.h. die Einschätzung und Protokollierung einer bestimmten Verhaltensäußerung (z.B.: "emotionales Verhalten": "zeigt Freude", Wertung +2) auch auf die anderen Verhaltensdimensionen auszudehnen und diese ähnlich oder gleich zu skalieren. Dies sollte allerdings dadurch verhindert werden, daß die Beobachter Verhaltensäußerungen in Eigenschaftsbegriffe "übersetzen" und protokollieren und erst dann, nach der Beobachtung mithilfe des Codes in Zahlenwerte übertragen sollten. (Vgl. dazu Anhang IV).
  Die hohe Interrater-Reliabilität, die zeigt, daß eine gute Habitualisierung des Instruments und eine relativ hohe Beobachtungsobjektivität erreicht werden konnten, spricht gegen die Annahme, die Konkordanz der Einzelverhaltensäußerungen sei auf oberflächliches und damit auch fehlerhaftes Protokollieren zurückzuführen.

- Näherliegend als Ursache für die hohe Konkordanz der Einzelverhaltensäußerungen ist somit eine inhaltliche Verbindung, d.h. eine tatsächliche gegenseitige Beeinflussung der differenzierten Verhaltensäußerungen; z.B. trafen häufig negative Gefühlsäußerungen ("emotionales Verhalten") mit großer Unselbständigkeit ("Aktivitätsbereitschaft") und geringer Bereitschaft zur Integration in die Gruppe ("Integrationsbereitschaft") zusammen.
  Eine solche "echte" Konkordanz der Verhaltensäußerungen rechtfertigt eine Zusammenfassung zur Dimension "Gesamtverhalten". Hierzu sollte zudem angemerkt werden, daß die Einzeldimensionen des Verhaltens nicht streng voneinander getrennt werden können, sondern sich gegenseitig überlappen, was sich auch in den in Vorbeobachtungen gewonnenen und protokollierten Eigenschaftsbegriffen zu diesen Verhaltensäußerungen sehen läßt. (Vgl. hierzu Anhang IV, Schülerverhalten)
  Nicht immer stimmen allerdings solche Verhaltensäußerungen mit der Skalierung überein: Beispiel: Als sehr hohe Aktivität wurde aggressives Verhalten gewertet (+3), dagegen als sehr negativer Gefühlsvorgang und sehr geringe Integrationsbereitschaft (-3).
  Einige Male wurde diese Verhaltenskonstellation beobachtet und weitgehend übereinstimmend protokolliert. (Vgl. z.B. Protokoll Frank R., 21.3.1977, Anhang IV)

1.5.4. "Systematische" und "kreative" Beobachtung

Je stärker das Beobachtungsverfahren systematisiert ist, desto selektiver ist der Beobachtungsprozeß. Damit ist das zentrale Problem der Methode angesprochen:
Die Wahrnehmung ist weitgehend durch das Instrument gelenkt, was zur Folge hat, daß andere, zunächst unwichtig erscheinende Randereignisse, sowohl aus Gründen der Relevanz für das Untersuchungsziel als auch aus beobachtungstechnischen Gründen (der notwendigen Begrenzung) nicht in das Konstrukt des Instrumentes mitaufgenommen

werden, obwohl diese ebenfalls bedeutsam sein mögen. (Im vorhergehenden Abschnitt ist beispielsweise auf die mögliche Relevanz von Ereignissen, die vor der Beobachtungssituation stattfanden, hingewiesen worden).

Wenn Sjoberg/Nett (1968, S. 180) einwenden, ein Kategorienschema verhindere die kreative Beobachtung, und damit die Perzeption neuer Verhaltensmuster oder neuer Einsichten, so wurde in vorliegender Untersuchung diese Problematik insofern berücksichtigt, als versucht wurde, sich nicht allein auf die Aussagemöglichkeiten des instrumentellen systematisierten Verfahrens zu beschränken.

Neben der Analyse von Einflußvariablen und deren Einwirkung auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder in Sportsituationen durch systematische Beobachtung sollte das - hinsichtlich der Praxisrelevanz der Untersuchung bedeutsame - Typische und Besondere der Unterrichtssituationen im Sport mit körperbehinderten Kindern dargestellt, beschrieben und analysiert werden. D.h., neben systematischer Beobachtung ist die Beobachtung von sogenannten Randerscheinungen, die nicht in das Instrument aus schon weiter oben erwähnten Gründen aufgenommen werden konnten, ihrerseits aber die Situation im besonderen kennzeichnen, für das pädagogische und damit praktische Verständnis von besonderer Bedeutung. Durch teilnehmende Beobachtung des (als Versuchsleiter fungierenden) Lehrers sollten deshalb die Besonderheiten als auch typischen Erscheinungsformen innerhalb der Situationen, v.a. durch Beispiele, charakterisiert werden.

Eine dadurch mögliche qualitative Kommentierung aufgrund dieser Zusatzbeobachtungen soll damit die Aussagekraft quantitativ erhobener Beobachtungsdaten stützen als auch problematisieren.

2. Ergebnisse der empirischen Untersuchung

2.1. Lehrerverhalten und Verhalten der körperbehinderten Kinder

Die Fragestellung war, wie die körperbehinderten Kinder auf verschiedene Verhaltensäußerungen des den Unterricht leitenden Sportlehrers reagieren. Da sich die Aussagen zu einem "richtigen" Lehrer-/Erzieherverhalten gegenüber körperbehinderten Kindern teilweise sehr widersprechen (vgl. etwa Kunert, 1976, auch S. 108 ff.), sollte uns die Untersuchung dieses Zusammenhanges im Rahmen sportlicher Betätigung von körperbehinderten Kindern Aufschluß über tatsächliche Verhaltensreaktionen geben.
Überprüft wurden folgende möglichen Zusammenhänge:

Lehrerverhalten	- Verhalten der körperbehinderten Kinder
Lenkung/Dirigierung/ Kontrolle	- Aktivitätsbereitschaft - Integrationsbereitschaft - Interaktionshäufigkeit
Ausmaß an Wertschätzung/ Wärme/Zuneigung ("emotionale Dimension")	- emotionales Verhalten - Integrationsbereitschaft - Interaktionshäufigkeit

Bei Zugrundelegung von durchschnittlich ca. 700 Einzelbeobachtungen korreliert das Verhalten der körperbehinderten Kinder schwach negativ mit dem Ausmaß von Lenkung/Dirigierung/Kontrolle, ($r = -0{,}11$ bis $-0{,}15$) und schwach positiv mit dem Ausmaß an Wertschätzung/Wärme/Zuneigung ($r = 0{,}11$ bis $0{,}15$). Auch wenn der Zusammenhang signifikant ist ($p < 0{,}01$) ,so ist der Wert des Korrelationskoeffizienten zu gering, um weitergehende Schlüsse zu ziehen. Bei Zugrundelegung des "Determinationskoeffizienten" r^2 zeigt sich, daß nur zwischen 1 % und 2,25 % der Varianz der Variablen "Verhalten der körper-

behinderten Kinder" tatsächlich auch durch die Varianz der Variablen "Lehrerverhalten" bestimmt ist.
Es gibt nun mehrere Annahmen, weshalb zwischen Lehrerverhalten und Verhalten der körperbehinderten Kinder ein nur sehr schwacher, unbedeutender Zusammenhang festzustellen ist:

1) Das Lehrerverhalten wirkt sich insgesamt kaum auf das Verhalten von körperbehinderten Kindern im Sportunterricht aus. Körperbehinderte Kinder reagieren in nur sehr geringem Maße auf ein spezifisches Lehrerverhalten, bzw. sie agieren i.w. unabhängig.

2) Andere Einflüsse im Sport/Sportunterricht wirken sich stärker auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder aus als das Lehrerverhalten. Die Einwirkungsvariable "Lehrerverhalten" wird deshalb durch eine Reihe anderer Variablen in ihrer Bedeutung abgeschwächt und hat keinen entscheidenden Einfluß mehr.

3) Die Varianz des Lehrerverhaltens war zu gering: Zwischen den Polen keiner und maximaler Lenkung/Dirigierung/Kontrolle bzw. geringer und hoher Wertschätzung/Wärme/Zuneigung konnten gerade die Extreme möglicher Verhaltensäußerungen nur in geringem Maße oder überhaupt nicht abgedeckt werden.

4) Auch wenn eine relativ weite Streuung des Lehrerverhaltens beobachtet werden konnte, so ist bei der Durchführung eines Unterrichtsablaufes von nur einem Lehrer davon auszugehen, daß die Kinder wahrscheinlich eine intrapersonale Varianz von Lehrerverhaltensäußerungen kaum perzipieren und in entsprechende Verhaltensreaktionen umsetzen dürften. Vielmehr kann vermutet werden, daß mit der Lehrerpersönlichkeit ein vorrangiges Verhaltensbild internalisiert ist, auf das sich die Kinder in ihren Verhaltensäußerungen eingerichtet haben. Auch wenn das tatsächliche Verhalten des Lehrers von diesem Bild abweicht, so wird dies wahrscheinlich nur als eine

gelegentliche Abweichung vom "Normal"-verhalten des Lehrers angesehen und nicht sofort in entsprechende veränderte Verhaltensmuster umgesetzt.

Für die Verhaltensdimension "Wertschätzung/Wärme/Zuneigung" scheint die unter 3) geäußerte Vermutung zuzutreffen: Die Verhaltensäußerungen dieser Dimensionsebene variierten i.w. nur zwischen den Klassen -1 und +1, so daß nachzuprüfen wäre, ob eine größere Varianz einen entsprechend stärkeren Zusammenhang zwischen dieser Verhaltensdimension und den Verhaltensreaktionen der körperbehinderten Kinder bewirken würde.
Für die Dimension "Lenkung/Dirigierung/Kontrolle" wurde dagegen eine relativ stabile Varianz innerhalb der Klassen1 und 5 beobachtet. Da auch in diesem Fall der Korrelationskoeffizient zu niedrig ist, um einen Zusammenhang konstatieren zu können, scheint zusätzlich die unter 4) festgestellte Annahme zuzutreffen: Um überprüfen zu können, ob ein verändertes Lehrerverhalten auch tatsächlich veränderte Verhaltensreaktionen bei körperbehinderten Kindern im Sportunterricht bewirkt, wäre es notwendig, daß verschiedene Lehrer, deren Verhalten sich in bezug der zu beobachtenden Verhaltensdimensionen signifikant voneinander unterscheidet, eingesetzt und beobachtet werden.

Nach vorliegenden Ergebnissen muß zunächst der Einfluß des Lehrerverhaltens, beobachtet in den Dimensionen "Lenkung/Dirigierung/Kontrolle" und "Wertschätzung/Wärme/Zuneigung" als unbedeutend für besondere Verhaltensäußerungen von körperbehinderten Kinder im Sportunterricht eingeschätzt werden, wobei diese Aussage oben problematisiert wurde.
Eine definitive Aussage über Bestehen oder Nichtbestehen eines Zusammenhanges kann allerdings erst dann erfolgen, wenn durch mehrere personale Wechsel das Lehrerverhalten alle Klassen innerhalb der Verhaltensdimensionen abdeckt.

2.2. Die Auswirkungen unterschiedlichen Leistungsanspruchs im Sport auf das Verhalten von körperbehinderten Kindern

Neben der Beziehung Lehrerverhalten - Verhalten der körperbehinderten Kinder in speziellen Sportsituationen interessierte uns insbesondere, ob die Sportsituation selbst bzw. die in dieser Situation an das körperbehinderte Kind herangetragenen Anforderungen an das körperliche Leistungsvermögen dessen Verhaltensäußerungen beeinflußt. Relevant ist diese Fragestellung aus mehreren Gründen:

- I.a. wird innerhalb der Erfahrungsberichte eines Sports mit körperbehinderten Kindern unter den Begriff "Sport" alles an körperlichen Aktivitäten subsumiert, was auch nur entfernt Ähnlichkeit mit dem hat, was unter Sport verstanden werden kann. Beurteilt man nun die therapeutischen Möglichkeiten eines Sports mit körperbehinderten Kindern, so können sich Argumente - dafür oder dagegen - auf sehr unterschiedliche Formen der Sportausübung beziehen, d.h. es wird häufig von sehr unterschiedlichen Voraussetzungen ausgegangen. (Vgl. dazu II.2.3)

  Eine geeignete Diskussionsgrundlage scheint dagegen nur dann gegeben, wenn, ausgehend von einer klaren Definition des Begriffes "Sport", diejenigen Situationen des Sports, in denen jeweils bestimmte Erfahrungen gemacht wurden, zunächst differenziert dargestellt werden. (Zur Begriffsbestimmung und Differenzierung von "Sport" siehe Abschnitt II, 1. des theoretischen Teils der Arbeit.)

- Erhebliche Zweifel werden gegenüber Erfahrungsberichten angemeldet, in welchen das Erleben von Wettkampfsituationen von körperbehinderten Kindern ("Spastiker-Spiele", "Behinderten-Olympiaden") fast ausnahmslos positiv dargestellt wird. Dieser Zweifel begründet sich durch die Problemsituation, vor die sich ein Körperbehinderter in der stark leistungsbezogenen Sportsituation eines Wettkampfes zwangsläufig gestellt sieht:

Solche Situationen verlangen den besonderen Einsatz von körperlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, bei deren Erlernung, Sicherung und Ausführung Körperbehinderte i.a. nicht nur erhebliche Schwierigkeiten eben aufgrund ihres Körperschadens zu überwinden haben, sondern dazu durch die Unvergleichbarkeit von Qualität und Quantität der Schadensbilder in der Wettkampfsituation unter ungleichen Voraussetzungen gegeneinander antreten, die den Körperbehinderten selbst - auch bei einem differenzierten System von Wettkampf - und Schadenklassen - bald bewußt werden.
Zudem ist zu erwarten, daß die hohen Anforderungen an die körperliche Leistungsbereitschaft, wie sie in sportlichen Wettkampfsituationen realisiert sind, nach den Erkenntnissen der Körperbehinderten-Psychologie bei bestimmten Gruppen zusätzliche Probleme aufgeben. Die Schwierigkeiten für körperbehinderte Kinder, solche Problemsituationen zu verarbeiten, könnten sich im Verhaltensbereich niederschlagen, etwa als aggressives oder regressives Verhalten, in Überanstrengung oder Lustlosigkeit, oder auch in starken Verhaltensschwankungen.

Eine unterschiedliche Strukturierung der Sportsituationen in unserer Untersuchung nach dem Kriterium "Leistungsanforderung"und der Vergleich der Verhaltensäußerungen der Kinder in diesen Situationen sollte uns Aufschluß darüber geben, wie die körperbehinderten Kinder solche Situationen verarbeiten, bzw. ob sie unterschiedlich darauf reagieren. Als Maß der Beurteilung diente die relative Höhe der Verhaltenswerte innerhalb der Beurteilungsskala.

Ein unterschiedlicher Anspruch bei körperlicher (sportlicher) Betätigung wurde innerhalb des Unterrichtsablaufes in drei Situationen (Z1, Z2, Z3) standardisiert:

Z1: Selbstätätigkeit, Selbstbeschäftigung.
Die Kinder bekommen die Möglichkeit, sich selbständig Sportgeräte, z.B. Bälle zu holen, ohne Anleitung sich körperlich zu betätigen, Sportarten und Spiele im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig zu organisieren und durchzuführen. Zudem konnten sich Spielgruppen selbständig bilden.
Wichtig war, daß der Lehrer nur helfend, nicht bestimmend eingriff, auch dann, wenn kritische Situationen vorkommen sollten.

Z2: Erwärmung/Übung
Die Kinder sollen unter Anleitung des Lehrers ein vorgegebenes Übungsprogramm absolvieren (Laufen, Gymnastik, Übungen mit dem Ball, Turnübungen, Übungen individuell und in Gruppen)
Es wird auf einen geregelten unterrichtlichen Ablauf geachtet, in welchem gängige Methoden des Sportunterrichts (Demonstration, Üben, Korrektur etc.) angewandt werden.
Es erfolgten keine Bewertungen.

Z3: Spiel/Wettkampf/Leistung
In diesem Unterrichtsabschnitt wird der Leistungsaspekt im Sport besonders hervorgehoben:
In "kleinen" Spielen, in denen die "Besten" besondere Bewegung bekommen, in Mannschaftswettkämpfen, in denen der mannschaftliche Erfolg durch die Einzelleistung und das mannschaftliche Zusammenwirken bewirkt ist, in sportmotorischen Tests, in denen die Leistung und Leistungsverbesserung durch Punkt- und Zeitwertung gemessen wird.

2.2.1. Probleme

a) Standardisierung von Situationen und Realsituationen

Um die Wirkung eines unterschiedlich starken Leistungsanspruchs auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder überprüfen zu können, sollten sich entsprechende Situationen zu den verschiedenen Terminen hinsichtlich des

Kriteriums "Leistung" so weit wie möglich gleichen. Wie leicht einzusehen ist, ist diese Forderung aufgrund verschiedener Bedingungen außerordentlich schwer zu erfüllen:

- Von seiten der Kinder: Durch das verschiedenartige Schadensausmaß können sportliche Leistungsnormen für die einzelnen Kinder ein völlig unterschiedliches Erreichbarkeitsniveau beinhalten.

Ein Beispiel dazu: Als Bewegungsaufgabe wurde in einer Stunde gestellt: Werfen in den Basketballkorb. Für Frank z.B., der normal gewachsen und relativ leicht behindert ist (Hemiplegie), stellte dies eine relativ leicht erfüllbare Aufgabe, für Dieter dagegen, der im Wachstum sehr zurückgeblieben und durch starke Beugekontraktionen behindert ist, stellte dies, zumindest anfangs, eine unlösbare Aufgabe dar, da er zunächst nicht bis zum Korb hochwerfen konnte.

Dieses Problem traf v.a. auf die Situation Z2 zu, in welcher neue sportliche Inhalte gelernt werden sollten. Aber auch in den Spiel-Wettkampfsituationen (Z3) erschwerten die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen der Kinder das Setzen einer einheitlichen Erreichbarkeitsnorm, wobei allerdings festzustellen ist, daß der Leistungsgesichtspunkt durch das Ergebnis eines Wettkampfes - Gewinnen, Verlieren, unentschiedener Ausgang - realisiert werden sollte.

- Durch die sportlichen Inhalte: Alle Stunden hätten den gleichen inhaltlichen Ablauf haben können und wären so per se vergleichbar gewesen. Hinsichtlich des Kriteriums "Leistung" wären sie aber dennoch unterschiedlich gewesen, da die körperbehinderten Kinder - wenn auch verlangsamt - geforderte motorische Abläufe erlernen, d.h. die Erreichbarkeitsnorm immer weiter sinken würde. Das Programm sollte - ideal gesehen - so aufgebaut sein, daß immer das gleiche Niveau gefordert war, eine nicht realisierbare Forderung. Die Gleichartigkeit der Situationen hinsichtlich des Erreichbarkeitsniveaus war somit noch am ehesten in Z1 erfüllbar, in welcher sich die Kinder die Normen selbst setzen konnten. Zwischen Z2 und Z3 war zumindest immer ein qualitativer Unter-

schied hinsichtlich des Kriteriums Leistung immer gegeben:
Die von außen gesetzte Norm einer Bewegungsaufgabe, einer Bewegungsvorschrift etc. in Z2, der im Wettkampf immanente Leistungsgedanke, zu gewinnen, besser zu sein als die anderen etc. (1)

- Zudem konnten verschiedene äußere Bedingungen starken Einfluß auf die Situationen haben, etwa, wie schon weiter oben gesagt, die Ereignisse vor den Stunden, das Wetter, das Fehlen von Kindern und nicht zuletzt, das Verhalten des Lehrers.
Auf der anderen Seite sollten die Kinder unter möglichst realistischen Bedingungen beobachtet werden, d.h. es sollte eben keine künstliche (Experimental-)Situation hergestellt werden, da dies den Bezug zur praktischen Anwendbarkeit von Untersuchungsergebnissen verstellen würde.

2.2.2. Ergebnisse

Ein Vergleich der nach Unterrichtssituationen differenzierten Verhaltensdaten aller teilnehmenden körperbehinderten Kinder während aller Versuchsabschnitte zeigte keine relevanten Ergebnisse im Sinne der Annahme:
Je höher die Leistungsanforderungen bei körperlicher (sportlicher) Betätigung, desto niedriger das Verhaltensniveau.
Innerhalb des Untersuchungsaufbaus gingen wir allerdings schon davon aus, daß voraussichtlich ältere und jüngere Kinder unterschiedlich in bestimmten Sportsituationen reagieren würden (Alter als intervenierende Variable), so daß es angemessen war, die Daten beider Altersgruppen einer getrennten Auswertung zu unterziehen.

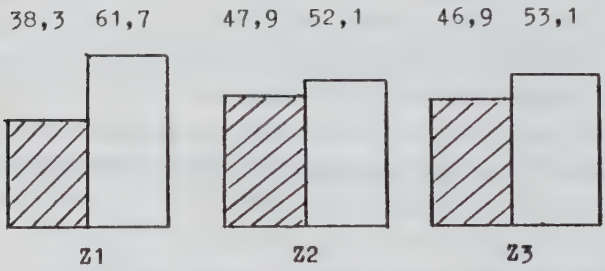
---

1) Die Relation in der Reihenfolge:
Z1: sehr geringe Anforderungen
Z2: höheres Maß als in Z1
Z3: höheres Maß als in Z2

a) Jüngere Kinder

Der Vergleich des Verhaltens ("Gesamtverhalten") der jüngeren Kinder in bezug auf die drei Unterrichtssituationen zeigt keine spezifischen Reaktionen im Sinne der oben gestellten Annahme. Umgekehrt erhielten wir sogar in den Situationen mit der per definitionem niedrigsten Leistungsanforderung die vergleichsweise niedrigsten Verhaltenswerte. (Abb. 1)

Abb. 1 Gesamtverhalten der jüngeren Kinder (in %)



(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: Niedrigere Verhaltenswerte. Dichotomisierung in der Klasse +1)

H - Test $0,1 < p < 0,2$

Warum reagieren die jüngeren körperbehinderten Kinder nicht entsprechend der Annahmen auf den unterschiedlichen Anforderungscharakter der Unterrichtssituationen mit vermuteten Reaktionen?
Die Durchsicht der verbalen Protokolle, welche zusätzlich zu den systematischen Beobachtungen angefertigt wurden, und in welchen das Besondere, Auffallende in den Sport- Unterrichtssituationen mit körperbehinderten Kindern fixiert werden sollte, läßt mehrere Möglichkeiten der Interpretation dieses Ergebnisses zu:

- Die erste Annahme ist, daß bei jüngeren körperbehinderten Kindern das Bewußtsein um ihre körperliche Einschränkung noch nicht so stark ausgeprägt ist und sie deshalb unterschiedliche Anforderungen an ihre körperliche Leistungsfähigkeit nicht realisieren bzw. reaktiv in entsprechende Verhaltensäußerungen umsetzen.
  (Vgl. auch Wegener 1968, der mit der Hinwendung zur Körperlichkeit ab etwa dem 10. Lebensjahr bei körperbehinderten Kindern eine entscheidende Phase in der psychischen Negativentwicklung sieht).
- Eine andere Annahme betrifft die Gestaltung der Unterrichtssituationen: V.a. zu Beginn der Untersuchung zeigte sich, daß zunächst einmal die Voraussetzungen für eine differenzierte Gestaltung der Situationen hinsichtlich des Hauptkriteriums "Leistungsanforderung" geschaffen werden mußten.
  In Z1 bedeutete dies, daß die Kinder die neue Umgebung mit ihren Betätigungsmöglichkeiten erst kennenlernen mußten, um überhaupt auch selbständig tätig werden zu können, in Z3 waren einfachste Grundregeln eines Spiel-Wettkampfgedankens im Sport zu vermitteln. Zu beiden Voraussetzungen war ein relativ langer Lernzeitraum feststellbar.
  Zudem zeigte sich, daß eine Sportstunde häufig nicht programmgemäß ablief, da durch verschiedene Einflüsse der geplante Stundenablauf eine Veränderung erfahren mußte.

Angebracht und notwendig ist es, anhand eines konkreten Stundenbeispiels diejenigen Probleme zu verdeutlichen, die geplante Stunden und damit Unterrichtssituationen (als Standardsituationen) verändern konnten. Als Grundlage der Stundenbeschreibung dient uns ein Wortprotokoll des Beobachtungstermins vom 21.10.1976:

1. Geplanter Stundenablauf:

Grobziel der Stunde:
Sportmotorischer Bereich:
Verbesserung der Bewegungsfähigkeit und Erlernen bzw. Anwenden spezieller technischer Fähigkeiten mit dem Ball.
Verhalten: Stabilisierung des Verhaltens in den verschiedenen Situationen des Sportunterrichts.

Feinziele der Stunde:

Spezielle Lauftechnik, Balanceübungen, allgemeine Gymnastik zur Verbesserung der allgemeinen Beweglichkeit (z.B. Aufstehen/Hinsetzen, Rumpfbeugen etc.)
balltechnische Fertigkeiten: Ballwerfen/Fangen beidhändig, Zielwerfen (Korb), Anwendung im Spiel (Mannschaftsspiel)

Zeit	Geplanter Verlauf	Kommentar
5 Min.	Selbstbeschäftigung	Selbsttätigkeit
7 Min.	Gehen, Laufen, auf der Langbank balancieren Gymnastik: Aufstehen/Hinsetzen, Rumpfbeugen	Erwärmung, Übung
10 Min.	Ballprellen (beidhändig) Zielwurf auf den Korb (beidhändig)	Übung mit dem Ball
5 Min.	Selbstbeschäftigung	Selbsttätigkeit
5 Min.	Ballwerfen/Fangen in 2-er Gruppen	Übung mit dem Ball
10 Min.	Mannschaftswettkampf auf einen Korb	Spiel/Wettkampf

2. Tatsächlicher Verlauf

In dieser Stunde waren alle Kinder dieser Gruppe anwesend. Vor Beginn der Stunde wurde darauf hingewiesen, ein absichtliches Stoßen (und damit Gefährden) der anderen Mitglieder der Gruppe zu unterlassen. Dies war in den Stunden vorher mehrmals vorgekommen, wodurch einige, sowieso schon sehr ängstliche und zurückhaltende Kinder noch mutloser geworden waren.

Die Standardsituationen waren wie folgt verteilt:

Stundenteil	Situation	
1 und 4	Z1	
2,3 und 5	Z2	
6	Z3	(1)

Stundenteil 1 (Z1)

Die Kinder kommen nacheinander in die Turnhalle. Einige suchen sofort die von der Turnhalle gut erreichbare Toilette auf (Leander, Thomas H., Cornelia) und müssen vom Lehrer nach einiger Zeit geholt werden, da sie nicht mehr von selbst kommen.
Ralph, ein sehr zurückhaltendes, übermäßig ruhiges und ängstliches Kind, setzt sich auf die Bank zu einem der Beobachter und macht gar nichts. Auch Uwe, bei dem die Verhaltensstörungen in besonders signifikanter Form beobachtbar sind, weiß nicht, was er tun soll. Die anderen Kinder beschäftigen sich vorwiegend individuell in der Turnhalle mit dem Ball.

---

1) Bemerkung:
(In der Verhaltensbeobachtung wurden die der jeweiligen Situation entsprechenden Stundenteile zusammengefaßt und dafür pro Kind und Dimension eine Bewertung abgegeben. Bei Differenzen wurde der Mittelwert aus zwei oder mehr unterschiedlichen Beobachtungswerten gebildet und der nähere Vollwert (ganze Zahl) in der Auswertung verwendet.)

Stundenteil 2 (Z2)

Bei den Lauf- und Gehübungen sowie bei der Gymnastik ist eine i.a. freudige und aufmerksame Mitarbeit zu beobachten.
Thomas H. rangelt einige Male mit Leander (der schon einige Male äußerst aggressiv wurde). Ralph ist völlig auf den Lehrer fixiert und läuft diesem dauernd hinterher, ohne irgendwelche Übungen zu absolvieren.
Uwe fällt auf, als er bei den gymnastischen Übungen plötzlich in der Bauchlage liegenbleibt und sich nicht mehr, auch auf Aufforderung hin, nicht mehr erhebt. Er muß angehoben werden. (1)

Bei den Balance-Übungen zeigte sich die Ängstlichkeit bei vielen Kindern. V.a. Uwe, Ralph, Sybille, Roland konnten nicht ohne Hilfe über die Bank laufen. Uwe setzt sich ab und hängt sich an die Taue.
Leander will von selbst Ralph helfen, der sich aber dagegen wehrt. (Ralph ist offensichtlich Leanders sprunghaftes und schwankendes Verhalten - einmal begeistert/fröhlich/hilfsbereit, einmal mißmutig/aggressiv nicht angenehm - er hat Angst vor ihm).

Stundenteil 3 (Z2)

Als neue Übung wird Ballprellen mit zwei Händen eingeführt.
Alle Kinder geben sich anfangs große Mühe. Ähnlich wie bei den älteren Kindern flaut die Übungsbereitschaft relativ schnell ab:
Cornelia setzt sich ab und geht zu den Tauen. Leander stößt Thomas H., der sich daraufhin von ihm absetzt. Leander geht auf den Lehrer los und schlägt auf ihn ein, weildieser ihn wegen des Stoßens ermahnt. Leander stört

1) Bei Befragen von Betreuungspersonen in der Tagesstätte, ob dies bei Uwe öfters zu beobachten sei, wurde gesagt, daß er in dieser Lage häufiger zu sehen sei.
Eine Erzieherin vermutete, daß Uwe in dieser Lage onaniere.

jetzt so stark, daß er sich auf die Bank setzen muß. Beim Zielwurf auf den Korb machen alle Kinder bis auf Leander (der auf der Bank sitzen bleibt) und Ralph gut mit. Nach einigen Versuchen setzt sich Roland ab und hat keine Lust mehr, weiterzumachen; auch Thomas W. hört nach kurzer Zeit auf, zu üben. Cornelia setzt sich zu Leander auf die Bank, Thomas H. verschwindet (auf die Toilette), danach möchte er Leander zum Mitspielen bewegen. Die Übungsbereitschaft nimmt nach kurzer Zeit stark ab.
(Dies hing vielleicht auch damit zusammen, daß kaum eines der Kinder den Korb traf und die Bemühungen nicht schnell zum Erfolg führten.)

Stundenteil 4 (Z1)

Aus Zeitgründen entfällt dieser Teil. Zudem dauerte die Selbstbeschäftigungssituation Z1 zu Beginn der Stunde schon ungefähr 10 Min.

Stundenteil 5 (Z2)

In Zweiergruppen soll das beidhändige Werfen/Fangen geübt werden.
Es üben nach eigener Wahl zusammen:
Richard - Thomas W.
Leander - möchte mit Sybille, die jedoch wiederum mit Michael üben möchte. Leander ist beleidigt und heult, wird wieder aggressiv.
Sybille - Michael
Leander - spielt dann mit Thomas H.
Uwe - weiß nicht, mit wem er spielen soll, er weint. Uwe geht zum Lehrer, ebenfalls Ralph.
Roland ist allein.
(Bei Übungen, die in Gruppen absolviert werden sollten, zeigte sich, daß die Kinder nach 3 Wochen, in denen der Unterricht bisher stattfand, schon stark Sym- bzw. Antipathien zu- und gegeneinander gefunden hatten und dies auch offen in Wahl oder Ablehnung zeigten)

Es zeigte sich auch, daß einige Kinder kaum fähig waren, mit anderen Kindern der Gruppe in Interaktionen einzutreten (z.B. Roland, Ralph, Uwe).

Stundenteil 6 (Z3)

Ein Mannschaftsspiel (zwei Gruppen gegeneinander auf einen Korb) mißlingt vollständig.
Zum einen lag es wohl daran, daß die Kinder den Grundgedanken eines Mannschaftsspiels noch nicht begriffen hatten und umsetzen konnten, zum anderen sonderten sich schon von vorneherein einige Kinder ab (Roland, Cornelia, später Leander und Thomas und Ralph), so daß ein Wettkampf nicht möglich ist.
(In den folgenden Stunden wurden deshalb zunächst "kleine Spiele", z.B. "Schwarzer Mann", "Jägerball", "Feuer, Wasser, Blitz" eingeführt, damit die Kinder überhaupt einen Spielgedanken realisieren lernten.)

Diese Stunde konkretisiert oben genannte Probleme beispielhaft:
Durch die Herausnahme des Stundenteils 4 (Z1) veränderte sich der gesamte Aufbau der Stunde, da damit die Situation Z2 relativ lang wurde gegenüber Z1. (1) Die Ursache für diese Veränderung kam von außen: Das Umziehen der Kinder beanspruchte relativ lange Zeit, so daß für die eigentliche Stunde weniger Zeit als geplant blieb. Die Beschreibung des Stundenteils 1 (Z1) zeigt zweierlei: Die geringe Aktivitätsbereitschaft einiger Kinder auf der einen (Ralph, Uwe), die geringe Interaktionsbereitschaft der tätigen Kinder auf der anderen Seite (individuelle Beschäftigung mit dem Ball).

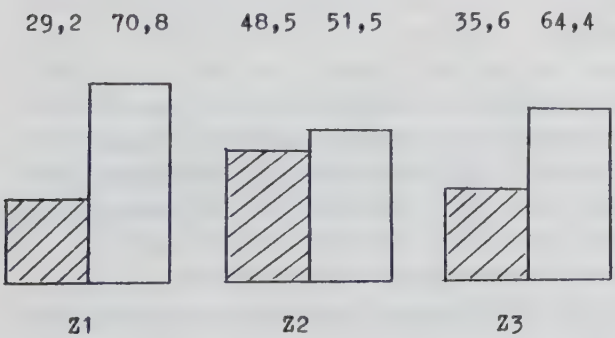
---

1) Wichtig erschien uns zudem, nicht nur die Reihenfolge der einzelnen Situationen zu wechseln, um mögliche Folge-Verhaltensäußerungen (z.B. von Z2 zu Z3) als systematischen Fehler zu vermeiden, sondern, wie in der Beispielstunde, auch Situationen aufzuteilen, da evtl. die zeitliche Länge ebenfalls beeinflussend hätte wirken können.

Im Stundenteil 3 (Z2) macht die relativ rasche Abnahme der Übungsbereitschaft (Werfen auf den Basketballkorb) deutlich, daß das Anspruchsniveau (oder die Erreichbarkeitsnorm) dieser Übung für die Kinder vielleicht zu hoch war. Andererseits hörten sie auch beim Ballprellen mit beiden Händen relativ schnell auf: Diese Übung war vielleicht zu einfach. Dies zeigt, wie schwierig es ist, schon allein von der Übungsauswahl ein gleichmäßiges Anspruchsniveau zu konzipieren und durchzuhalten. Stundenteil 6 (Z3) ist ein treffendes Beispiel für das Scheitern aufgrund der Tatsache, daß ein Wettkampfgedanke zu diesem Termin noch nicht erfaßt war und realisiert werden konnte. Das Aufhören, Absondern der Kinder erklärt sich eher aus dieser Ursache als aus einer zu hohen Leistungsanforderung.

Deutlich wird im Ergebnis die geringe selbständige Interaktionsbereitschaft der jüngeren körperbehinderten Kinder in Sportsituationen: (Abb. 2)

Abb. 2 Interaktionsbereitschaft der jüngeren Kinder (in %)



(Schraffiert: Höhere Interaktionsbereitschaft , weiß: geringere Interaktionsbereitschaft. Dichotomisierung in der Klasse 3) H- Test, $p < 0{,}001$

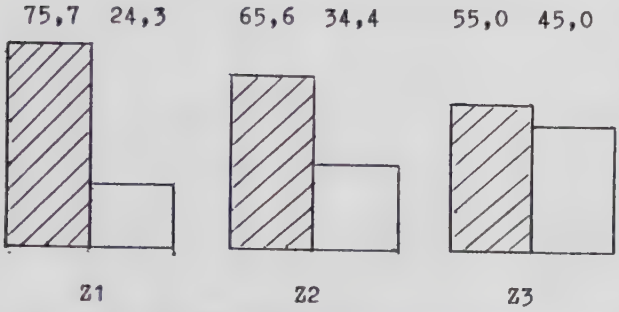
Die hohe Interaktionsbereitschaft in Z2 gegenüber Z1 und Z3 ist leicht interpretierbar: In Z1 und Z3 sollten Interaktionen selbständig aufgenommen werden, was in nur geringem Maße geschah, während in Z2 häufig zur Gruppenbildung (z.B. Ballübungen in Gruppen) aufgefordert wurde.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Eine Beziehung zwischen Leistungsanforderung in Sportsituationen und Verhaltensäußerungen von körperbehinderten Kindern im Alter zwischen 6 und 10 Jahren konnte aufgrund dieses Versuches nicht festgestellt werden. Auffallend scheint uns zu sein, daß die Fähigkeit zu selbständigen spielerischen Aktivitäten bei diesen Kindern offensichtlich relativ gering ausgeprägt ist; zudem sind deutliche Einschränkungen in der Interaktionsbereitschaft mit anderen körperbehinderten Kindern innerhalb der Untersuchungsgruppe vorzufinden.
Weiter unten werden wir uns damit befassen, ob sich während des Versuchszeitraumes bzw. während der Versuchsabschnitte Veränderungen anzeigten.

b) ältere Kinder

Im Gegensatz zu den jüngeren Kindern reagierten die älteren Kinder entsprechend unserer Annahme in Sportsituationen mit höheren Anforderungen an das körperliche Leistungsvermögen mit eher negativen Verhaltensäußerungen. So war der Anteil positiver Verhaltensreaktionen in Selbständigkeits-/Selbsttätigkeitssituationen (Z1) am höchsten, in Spiel-/Wettkampfsituationen am niedrigsten. (Z3) (vgl. Abb. 3)

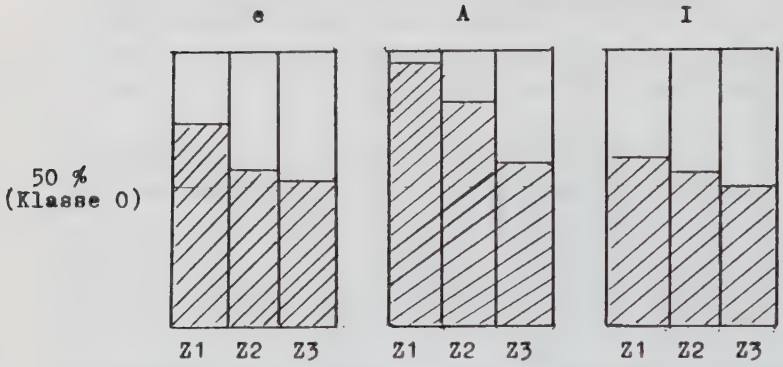
Abb. 3 Gesamtverhalten der älteren Kinder (in %)



(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: niedrigere Verhaltenswerte. Dichotomisierung in der Klasse 0)
H- Test, $p < 0{,}001$

Die Differenzierung des Verhaltens in die drei Dimensionen der Beobachtung: "emotionales Verhalten", "Aktivitätsbereitschaft" und "Integrationsbereitschaft" zeigt ein gleichgerichtetes Bild, wobei die Dimension "Integrationsbereitschaft" schon in den Situationen Z1 einen verhältnismäßig großen Anteil negativerer Verhaltenswerte aufweist, wodurch die situationsspezifischen Differenzen insgesamt nicht so prägnant sind wie bei den Dimensionen "emotionales Verhalten" und "Aktivitätsbereitschaft". (vgl. Abb. 4)

Abb. 4 Verhalten der älteren Kinder, differenziert nach Dimensionen des Verhaltens



(Schraffiert: höhere Verhaltenswerte, weiß: niedrigere Verhaltenswerte, Dichotomisierung in der Klasse 0)

e - emotionales Verhalten $p < 0{,}001$
A - Aktivitätsbereitschaft $p < 0{,}001$
I - Integrationsbereitschaft $0{,}1 < p < 0{,}2$ (H- Test)

Ein ausgewähltes Beispiel einer Unterrichtsstunde, in welcher dargestelltes Ergebnis in besonders typischer Form sichtbar wird, soll eine Interpretation illustrieren und für den nichtbeteiligten Leser besser verständlich machen.

Ergebnisse analysiert werden:

Als Beispiel wird die Stunde vom 18.10.76 herausgegriffen. (Die Darstellung des Ablaufes dieser Stunde erscheint besonders günstig, um die empirischen Befunde illustrieren zu können.)

1. Geplanter Stundenablauf:

Grobziel der Stunde:

Sportmotorischer Bereich:
Verbesserung der Bewegungsfähigkeit und Erlernen bzw. Anwenden spezieller technischer Fertigkeiten mit dem Ball.
Verhalten: Stabilisierung des Verhaltens in den verschiedenen Situationen des Sportunterrichts.

Feinziele der Stunde:

Spezielle Lauftechnik, Rumpfbeweglichkeit, balltechnische Fertigkeiten für Basketball (Dribbling, beidhändiges Werfen und Fangen), Üben in Gruppen und Anwenden im Spiel.

	Zeit	Geplanter Verlauf	Kommentar
1	5 Min.	Freie Beschäftigung	Selbsttätigkeit
2	7 Min.	Gehen: Auf einer Linie vorwärts, rückwärts, seitwärts Laufen: Große Schritte	Übung/Erwärmung
3	10 Min.	Balltechnik: Einführung, -Ballwerfen beidhändig gegen die Wand, Fangen -Dribbling einzeln, beidhändig	Übung mit dem Ball
4	5 Min.	Freie Beschäftigung	Selbsttätigkeit
5	7 Min.	Werfen/Fangen in 3-er Gruppen	Übung, Gruppenarbeit
6	10 Min.	Spiel: Korbball mit groben Spielregeln. 2 Mannschaften	Anwendung der techn.Elemente im Wettkampf

2. Tatsächlicher Verlauf:

Von den 10 normalerweise teilnehmenden Kindern waren 9 anwesend, eine fehlte wegen einer Untersuchung. In dieser Stunde waren die drei Standardsituationen folgendermaßen aufgeteilt:

Stundenteil	Situation
1 und 4	Z1
2,3 und 5	Z2
6	Z3

(In den verschiedenen Stunden variierten Länge und Aufteilung der Standardsituationen, um die mögliche Bedeutung dieser Einflüsse abzuschwächen.)

Stundenteil 1

Es bilden sich relativ schnell verschiedene Gruppen: Frank und Peter P. spielen zusammen Fußball, sie schießen dabei häufig den Ball unkontrolliert und scharf herum (Gefährdung anderer Kinder). Freddy und Dieter, später auch Thomas werfen und schießen sich den Ball einander zu.
Peter B., Ulla und Jürgen beschäftigen sich zunächst individuell mit dem Ball (Korbwurf), später gesellt sich Uwe zu ihnen. Allgemein ist ein sehr aktives Spiel mit dem Ball zu beobachten, wobei die Gruppen relativ unabhängig voneinander agieren.

Stundenteil 2

Bei der Laufschulung ist zunächst eine recht gute Mitarbeit zu beobachten. Frank und Peter P. wollen immer vorne, die "Besten" sein, sie dulden keine Konkurrenten.

Bei der speziellen Gang- und Laufschulung machen sich erste Probleme bemerkbar: Für die meisten der Kinder ist es äußerst schwierig, auf einer Linie zu gehen, bzw. beim Laufen große Schritte zu machen:

- Dazu ist es notwendig, daß man mit den Schadensbildern und den daraus folgenden Behinderungen vertraut ist: Kinder der Gruppe haben z.B. sog. Hemiplegien, d.h. für das Laufen und Gehen, daß ein Bein normal, das andere durch die Lähmung unvollständig ausgebildet, häufig auch verkürzt ist. Das Abstützen/Abstemmen vom Bein der geschädigten Seite ist somit besonders schwierig, was zur Folge hat, daß sowohl ein Gehen in gerader Linie

als auch ein sog. Laufspringen besondere Mühen bereitet und für die Kinder sehr anstrengend ist. Auch für die Kinder mit Athetose/Ataxie sind verschiedene Geh- und Laufformen mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Durch die Gleichgewichtsstörungen bzw. die nicht steuerbaren überschießenden Bewegungen erfordern diese Lauf- und Gehübungen, aber auch andere gymnastischen Bewegungsformen erheblich mehr Mühe und Konzentration als dies bei nichtbehinderten Kindern der Fall ist.

In diesem Stundenteil war die Anstrengungsbereitschaft bei einigen Kindern (wie auch in anderen Stunden) nur auf eine sehr kurze Zeitdauer begrenzt. Peter P., Frank, später auch Uwe setzen sich ab und hängen sich an die Taue; auch Freddy kommt nach einiger Zeit dazu.
Die anderen Kinder absolvieren diese Übungen zwar recht gut, sind aber durch die Absonderung der vier zeitweise stark abgelenkt.
Es wurde notwendig, relativ rasch zum nächsten Teil überzugehen.

3. Stundenteil

Bei der ersten Übung, Ballwerfen an die Wand, Ballauffangen (mit beiden Händen) sind die Kinder bei ihren Versuchen zunächst recht konzentriert. Nach relativ kurzer Zeit hören dann aber Übungs- und Versuchsbereitschaft bei einigen der Kinder auf: Dieter will bald aufgeben, weil ihm der Ball immer wieder auf den Boden fällt, Thomas und Freddy nehmen sich gegenseitig die Bälle weg, Peter B. setzt sich auf die Bank. Sehr bemühen sich: Peter P., Ulla, Uwe, Frank.

Auch beim beidhändigen Dribbling (Ballprellen) sind nach kurzer Zeit ähnliche Konzentrationsschwächen zu beobachten: Diese Übung bereitete deshalb auch besondere Schwierigkeiten, weil während des Ballprellens noch gelaufen werden sollte; (das Ballprellen im Stand war in den Stunden davor schon einige Male geübt worden). Das Ballprellen im Laufen erfordert neben der balltechnischen Gewandtheit (nicht

zu starkes oder zu schwaches Aufprellen, rechtzeitiges Zugreifen) auch einen bestimmten Schrittrhythmus. Zu beobachten war, daß die Kinder, denen die Übung nach einigen Versuchen nicht gelang, trotz Ermutigung sehr schnell lustlos wurden und die Übung langweilig fanden. (Uwe)
Auch spielten offensichtlich Perzeptionsprobleme (z.B. bei Peter B.) eine erhebliche Rolle.

4. Stundenteil

Die Möglichkeit zur Selbstbeschäftigung wird mit großer Freude aufgenommen.
Peter P., Frank, Freddy und Uwe hängen sich an die Taue, die von der Decke herabhängen, und versuchen zu schaukeln. Sie versuchen auch, sich gegenseitig anzuschieben. (Jürgen)
Die anderen Kinder nehmen sich Bälle und versuchen, den Basketballkorb zu treffen. (Dies wurde in einer der vorhergehenden Stunden schon einmal geübt).
Erstaunlich Peter B., der bei der vorhergehenden Übungsphase relativ untätig war und jetzt intensiv Korbwürfe übt.

5. Stundenteil

Das Werfen und Fangen sollte in Dreier-Gruppen geübt werden, die sich nach Aufforderung bildeten:

Frank - Peter P. - Freddy	(1)
Uwe - Ulla - Jürgen	(2)
Dieter - Thomas - Peter B.	(3)

Während die Gruppen 1 und 2 diese Übungsform recht gut absolvieren, sind in der Gruppe 3 Thomas und Peter B. auffallend: Thomas löst sich aus der Gruppe, geht an die Sprossenwand, übt dann nach nochmaliger Aufforderung nur mit Dieter. Peter B. ist recht hilflos. Er sieht aufgrund seiner Perzeptionsschwierigkeiten den Ball oft nicht kommen, fängt ihn nicht, verliert ihn oft. Daraus

ist es verständlich, daß die anderen beiden nur noch alleine miteinander üben wollen.

6. Stundenteil

Für das Korbball-Spiel wurden zwei Mannschaften gebildet, deren Mitglieder von Frank und Peter P., den beiden vermeintlich besten Spielern gewählt wurden.
Frank: Uwe, Dieter, Freddy
Peter: Thomas, Ulla, Jürgen, Peter B.

Damit nicht, wie in vorausgegangenen Spielern, das Einzelspiel übertrieben wurde, sollte vor einem Korbwurf innerhalb einer Mannschaft mindestens zweimal der Ball abgegeben werden. Es sollte erreicht werden, daß auch die schwächeren Mitspieler am Spiel beteiligt werden. Zudem sollte der Ball beidhändig geprellt werden, wenn mit ihm gelaufen wurde, ohne daß allerdings im strengen Sinne Schrittfehler abgepfiffen werden sollten.
Wichtig war vor allem, daß Körperkontakt vermieden werden sollte, bzw. als Foul geahndet wurde.

Zunächst zeigte sich, etwa im Vergleich zu vorhergehenden Stunden, ein relativ gutes (Zusammen-)Spiel in beiden Mannschaften. Nachdem aber die Mannschaft von Peter P. in Führung kommt, gibt Frank immer weniger ab. Nach der Regel gepfiffene Fouls bewirken Aggressivitäten besonders bei den aktiveren und besseren Spielern (Peter P., Frank, Uwe).
Uwe möchte bald nicht mehr mitmachen, weil er nicht angespielt wird. Thomas setzt sich hin. Frank spielt nur noch allein. Peter P. ist ebenfalls sauer, nachdem eine Schiedsrichterentscheidung gegen ihn gerichtet ist, er entfernt sich. Das Spiel muß vorzeitig abgebrochen werden, da die anderen Kinder (Dieter, Ulla, Freddy, Jürgen, Peter) ebenfalls die Lust verlieren.

Bis auf die Entwicklung in der Spiel/Wettkampfsituation wurde diese Stunde als eine der relativ gut gelungenen Stunden gewertet.

Für die Verhaltensäußerungen der Kinder innerhalb dieser Situationen ergaben sich im einzelnen folgende Werte:

Tabelle

	e	A	I	IH	e	A	I	IH	e	A	I	IH
Peter B.	0	+1	0	1	0	-1	+1	4	0	0	0	1
Frank	+3	+3	-3	1	+2	+3	-2	4	-3	+3	-3	5
Peter P.	+3	+3	-3	1	+2	+3	-2	4	-3	+3	-3	5
Thomas	+3	+2	+2	4	0	+2	+1	3	-1	-2	-1	1
Dieter	+3	+2	+2	4	+2	+2	+2	5	0	0	0	1
Manfred	fehlt											
Uwe	+3	+1	+2	4	0	+1	-1	5	-3	-2	-2	1
Ulla	+3	+1	0	1	0	+2	+2	5	0	0	0	1
Jürgen	+3	+1	0	1	0	+1	+1	4	0	0	0	1
Freddy	+3	+2	+2	4	0	+3	+3	4	0	0	0	1
MW	+2,7	+1,8	+0,2	2,3	+0,7	+1,7	+0,3	4,3	-1,1	+0,2	-1,0	1,9
	Z1				Z2				Z3			

e- emotionales Verhalten
A- Aktivitätsbereitschaft
I- Integrationsbereitschaft
IH- Interaktionshäufigkeit

Wie die Tabelle zeigt, liegen die Verhaltenswerte insgesamt in Z1 am höchsten, in Z3 am niedrigsten. Auch die Interaktionshäufigkeit ist in Z3 am niedrigsten, allerdings gefolgt von Z1.

Das Stundenbeispiel zeigt deutlich die Auswirkungen der verschiedenen Unterrichtssituationen auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder; deutlich wird aber auch, daß durch eine Gesamtbeurteilung innerhalb einer Situation widersprüchliche Reaktionen, wie sie beispielsweise bei Peter P. und Frank auftraten (hohes Maß an Aktivitäten, geringes Maß an Integrationsbereitschaft) untergehen. Dies aber ist in der pädagogischen Situation des Sportunterrichts geradezu kennzeichnend für das Verhalten der beteiligten körperbehinderten Kinder gewesen.
Besonders signifikant wurde dies an der Situation Z3, in der die sportliche Zielsetzung "Wettkampf" (körperliche Bewegung plus Leistungsanspruch) simuliert wurde: I.a. wollten die Kinder gerade zu solche Wettkampfsituationen und forderten sie, das zu hohe individuelle Anspruchsniveau und die hohe Erfolgserwartung bzw. geringe Frustrationstoleranz erwiesen sich aber als entscheidend dafür, daß eine Situation, wie sie oben geschildert wurde, mehrmals auftrat; ein Kind verkraftete sogar auf Dauer diese Situation nicht und schied auf eigenen Wunsch aus der Gruppe aus. Nur in dieser Situation wurde es auch notwendig, daß der Lehrer lenkend/disziplinierend eingriff, wenn die Kinder ihre Aggressionen offen gegeneinander, aber auch gegen den Lehrer ausließen.
Keinerlei Berücksichtigung und Rücksichtnahme fanden in diesen Situationen auch körperlicher Schaden und konsekutive Behinderungen bei den beteiligten Kindern selbst: Obwohl sie i.a. um ihre eigenen und die körperlichen Probleme der anderen Kinder gut Bescheid wissen, zählt im Augenblick der Wettkampfsituation die objektive Benachteiligung durch ein höheres Schadensausmaß keineswegs mehr. Vielmehr werden jene Kinder, die stärker behindert sind, übergangen, vom Spiel ausgeschlossen, bei Mißerfolg verantwortlich gemacht, beschimpft und angegriffen.
Zudem, so zeigte sich, bereitet es Probleme, die zentralen Elemente eines Spiel-/Wettkampfgedankens zu erfassen und umzusetzen.

In Z2 war der, häufig schon nach kurzer Zeit auftretende Konzentrationsabfall und die damit abfallende Anstrengungsbereitschaft bei der Mehrzahl der Kinder charakteristisch. Am besten gelangen solche Übungen, die den Kindern aus der medizinischen Therapie (Krankengymnastik) zumindest ansatzweise schon bekannt waren.

Hier sollte berücksichtigt werden, in welcher Form die körperbehinderten Kinder i.a. bisher gezielte Bewegungsformen und -übungen absolviert haben. Die Krankengymnastik ist eine Einzeltherapie, bei der mithilfe eines speziellen methodischen Hintergrundes auf das besondere Schadensbild des geschädigten Kindes eingegangen werden soll. Das Kind ist dabei auf der einen Seite unter ständiger Kontrolle der Therapeutin, d.h. es kann während der Übungszeit kaum ausbrechen, erfährt auf der anderen Seite eine ständige Rückmeldung, ob eine Bewegung richtig oder falsch ausgeführt ist und bekommt bei den Übungen auch entsprechende Unterstützung.

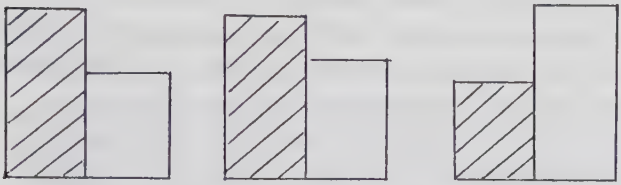
In der Erwärmungs/Übungsphase war es notwendig, daß die Kinder auf allgemeine Bewegungsanweisungen reagieren, Bewegungsdemonstrationen perzipieren und in eigene Bewegungsmuster umsetzen lernten.
Das Problem für den Lehrer besteht dabei darin, daß er in seinen Übungsformen in nur relativ geringem Maße auf das spezielle Schadensbild eingehen kann, so daß eine Übung einen völlig unterschiedlichen Anspruch an das Bewegungsvermögen des einzelnen Kindes stellt, somit auch das Lerntempo unterschiedlich ist. (Notwendigkeit eines differenzierten Unterrichts).
Wenn nun die Kinder nicht sofort einen Erfolg sahen, bzw. keine entsprechende Verbesserung und auch Aufmunterung zum Weiterüben erhielten, kam es häufig vor, daß sie unkonzentriert, lustlos wurden, etwas anderes machen wollten.

Daß sich Übungserfolge dennoch auswirkten, zeigte sich häufig in Z1, in der die Kinder Übungen, die in den Stunden vorher durchgeführt wurden, von selbst wiederholten. (Vgl. in der dargestellten Stunde: Üben des Korbwurfes)

Das Ergebnis, körperbehinderte Kinder der Altersgruppe zwischen 10 und 16 Jahren reagieren auf vermehrte Leistungsbeanspruchung in Sportsituationen vermehrt negativ, läßt sich noch erhärten dadurch, daß die Interaktionsbereitschaft, gemessen durch die Interaktionshäufigkeit, ein ähnliches Bild abgibt. (Vgl. Abb. 5)

Abb. 5 Interaktionsbereitschaft der älteren Kinder (in %)

61,2 38,8 58,8 41,6 35,6 64,4



Z1 Z2 Z3

(Schraffiert: Höhere Interaktionsbereitschaft, weiß: geringere Interaktionsbereitschaft. Dichotomisierung in der Klasse 3) H- Test, $p < 0,05$

Das im Ergebnis zu sehende umgekehrte Verhältnis höherer zu geringerer Interaktionsbereitschaft zwischen der Situation Z3 auf der einen, Z1 und Z2 auf der anderen Seite ist umso auffallender, als es in Z3 insbesondere darauf ankam, durch kooperatives Zusammenwirken erfolgreich zu sein: In Z3 wurde die Wettkampfsituation v.a. in Mannschaftswettkämpfen und -spielen realisiert, was ein Zusammenarbeiten der Mannschaftsmitglieder notwendig machte. Dagegen war dies in Z2 nur teilweise, in Z1 überhaupt nicht notwendig.
Konkretisiert ist das allgemeine Ergebnis wiederum besonders gut in oben dargestelltem Unterrichtsbeispiel.

2.3. Versuch eines Sports/Sportunterrichts mit gemischten Gruppen behinderter und nichtbehinderter Kinder

Im zweiten Untersuchungsabschnitt, Frühjahr/Sommer 1977, kamen zu den Gruppen der körperbehinderten Kindern eine gleichgroße Anzahl nichtbehinderter Kinder jeweils gleichen Alters hinzu und nahmen am Sport/Sportunterricht mit teil.
Der allgemein-theoretische Hintergrund für diesen Untersuchungsaufbau bildeten hierbei Erkenntnisse und Auffassungen, daß soziale Integration von Behinderten nicht allein durch Hilfsmaßnahmen oder Information zu erreichen ist, sondern daß ein im regelmäßigen Kontakt erlerntes "sachliches" Verhalten zwischen nichtbehinderten und behinderten Interaktionspartnern eine wesentliche Voraussetzung zum Abbau inadäquater Verhaltensweisen und Vorurteilen auf beiden Seiten ist und dadurch erst soziale Integration möglich wird.

Unsere Untersuchung sollte nun zeigen, wie sich körperbehinderte Kinder in speziellen, organisierten Sportsituationen verhalten, bei welchen sie mit nichtbehinderten Kindern zusammen tätig werden sollen. Reagieren sie mit vermehrt positiven oder negativen Verhaltensäußerungen, welche Rolle spielen hierbei Leistungsforderungen im Sport, wie wirkt sich das Alter (d.h. die schon internalisierten Erfahrungen mit Nichtbehinderten in anderen Situationen) aus?
Da Beispieluntersuchungen bisher nicht durchgeführt wurden, konnten wir nicht von empirisch begründbaren theoretischen Annahmen ausgehen; in der Untersuchung ließen wir uns deshalb von einem eher heuristischen Forschungsinteresse leiten.
Die Fragestellung der Untersuchung zielte letztendlich darauf, neue Betätigungsfelder unter einem möglichen Gesamtkonzept integrierender Erziehung zwischen körperbehinderten und nichtbehinderten Kindern zu erschließen, bzw.

im speziellen Untersuchungsbereich auch Grenzen aufzusetzen.
Interessant ist der Sportbereich u.a. auch deshalb, weil die durch den Körperschaden verursachten Behinderungen bei der - per definitionem - körperlichen Betätigung im Sport als Anderssein besonders evident wird und deshalb auch typische Reaktionen zu erwarten sind.

2.3.1. Probleme

Vor der Ergebnisdarstellung sind einige Probleme, die im Zusammenhang von Auswertung und Interpretation von Bedeutung waren, aufzuzeigen:

- Um zu erfahren, wie sich die Beteiligung nichtbehinderter Kinder auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder in speziellen Sportsituationen auswirkt, sollten die Verhaltensäußerungen der körperbehinderten Kinder in der homogenen Gruppe mit denen in der heterogenen Gruppe verglichen werden.
  Einerseits war es vom Vergleichbarkeitsmaßstab aus ein Vorteil, daß es sich in beiden Versuchsabschnitten um dieselben körperbehinderten Kinder handelte, andererseits waren dagegen die sportsituationsspezifischen Voraussetzungen für beide Gruppen kaum vergleichbar: Wurden sie im ersten Versuchsabschnitt zum ersten Mal mit der Situation Sport/Sportunterricht konfrontiert, so hatten sie im zweiten Abschnitt ja schon Erfahrungen.
  Überlegungen um einen anderen Versuchsaufbau, etwa eine neue Gruppe körperbehinderter Kinder mit den nichtbehinderten Kindern zusammenzuführen, erwiesen sich als nicht praktikabel, da nur ein Nachteil mit dem anderen vertauscht worden wäre. (In der erwogenen Alternative: Die Vergleichbarkeit der am Versuch beteiligten Kinder einerseits von ihrer Behinderung her als auch von der gesamten Gruppe ist kaum erreichbar.)

- Durch das Hereinnehmen einer gleichgroßen Anzahl nichtbehinderter Kinder verdoppeln sich die Anzahlen der Kinder beider Untersuchungsgruppen, wodurch sich sicherlich ebenfalls Auswirkungen auf das Verhalten der teilnehmenden körperbehinderten Kinder ergeben haben dürften, was allerdings nicht eigens untersucht werden sollte. Beispielsweise konnte sich der Lehrer in diesem Versuchsabschnitt weitaus weniger mit dem einzelnen körperbehinderten Kind abgeben, als es im Versuchsabschnitt mit den homogenen Gruppen möglich war. Ebenso könnten sich die durch die größere Gruppe bewirkten Einschränkungen in den Platzverhältnissen bzw. in der Möglichkeit, Geräte zu benutzen, die nur im beschränkten Umfang zur Verfügung standen, auf die Verhaltensäußerungen der beteiligten körperbehinderten Kinder ausgewirkt haben.

  Ein Beispiel: Besonders anziehend für die Kinder - nichtbehinderte wie behinderte - waren die Ringe. Da aber von der Vorrichtung her nur 4 Paare zur Verfügung standen, kam es oft zu Streit und Auseinandersetzungen, weil viele Kinder gleichzeitig diese Geräte benutzen wollten. In der homogenen Gruppe konnten wir solche Auseinandersetzungen dagegen kaum beobachten. (Jüngere Kinder)

- Ein besonderes Problem bereitete das Erarbeiten und die Durchführung eines geeigneten Sportprogramms, das sowohl die gesunden Kinder ansprach als auch die körperbehinderten Kinder nicht überforderte; die "sportliche" Vorbildung der körperbehinderten Kinder erwies sich dabei insofern als vorteilhaft, als in den verschiedenen Übungs- und Wettkampfsituationen diese durch intensives Üben und durch erworbene sportspezifische Kenntnisse zunächst konkurrenzfähig waren. Trotzdem mußte - gerade in den Wettkampfsituationen - häufig korrigierend eingegriffen werden, etwa durch die Revidierung bestimmter Regeln, um so den körperbehinderten Kindern immer wieder die Möglichkeit zu geben, am Spiel bzw. Wettkampf beteiligt zu werden.

Ein Beispiel: Für die Gruppe der älteren Kinder wurde ein Handballspiel mit speziellen Regeln entwickelt (vgl. Anhang III). Da die nichtbehinderten Kinder bei diesem Spiel, wie auch die körperbehinderten, besonderen persönlichen Ehrgeiz entwickelten und dadurch zu beobachten war, daß die körperbehinderten Kinder immer weniger beteiligt wurden, bzw. fast rücksichtslos angegangen wurden, wurden Regelungen eingeführt, die dies verhindern sollten: Etwa die Regel, mindestens dreimal abzugeben, nur Aufsetzer auf das (von behinderten Kindern gehütete) Tor zu werfen, ohne Körperkontakt zu spielen.

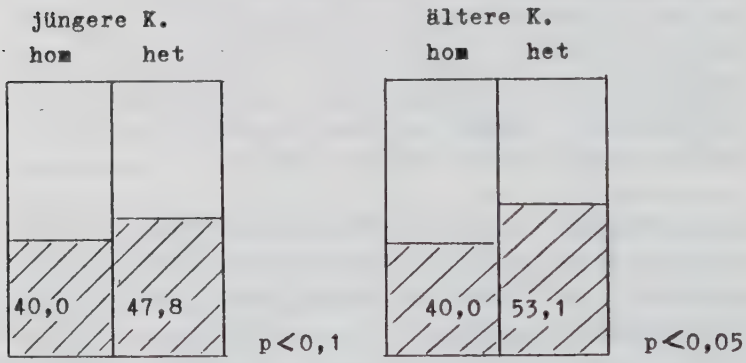
- Interessant und wertvoll wäre es sicherlich gewesen, auch die beteiligten nichtbehinderten Kinder systematisch in ihrem Verhalten zu beobachten. Aus beobachtungstechnischen Gründen war das allerdings nicht möglich, so daß wir uns damit begnügen mußten, Verhaltensäußerungen dieser Kinder, soweit sie uns relevant erschienen, in den Verbalprotokollen festzuhalten.

2.3.2. Ergebnisse

Der Vergleich der Verhaltensäußerungen der körperbehinderten Kinder während des Versuchsabschnittes, bei welchem nichtbehinderte Kinder am Sportunterricht teilnahmen mit denen während des Versuchsabschnittes, bei welchem die körperbehinderten Kinder unter sich waren, bringt folgende Ergebnisse:

1. Insgesamt liegen die Verhaltenswerte im Versuchsabschnitt "Heterogene Gruppe" (körperbehinderte und nichtbehinderte Kinder zusammen) über denen des Versuchsabschnittes "homogene Gruppe" (körperbehinderte Kinder unter sich). Dabei trifft die positive Veränderung des Verhaltens auf beide Altersgruppen zu. (Vgl. Abb. 6)

Abb. 6 Veränderungen des Gesamtverhaltens im Vergleich homogene Gruppe und heterogene Gruppe (in %)



(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: niedrigere Verhaltenswerte. Dichotomisierung in der Klasse +1) u- Test

Unkritisch könnte dieses Ergebnis nun so interpretiert werden, daß die nichtbehinderten Kinder einen insgesamt (leicht) positiven Einfluß auf die Verhaltensäußerungen der körperbehinderten Kinder gehabt haben. Unterstützt werden kann diese Aussage noch dadurch, daß bei b e i d e n Altersgruppen ähnliche Veränderungen festzustellen sind.

Es ist notwendig, eine Interpretation in dieser Form aus verschiedenen Gründen zu problematisieren. Dabei scheinen folgende Ursachenfaktoren in Betracht zu kommen, welche entweder neben der Einflußvariable "nichtbehinderte Kinder" oder sogar ohne diese das Ergebnis bewirkt haben könnten:

- Die Beobachter könnten verursachend gewesen sein, indem sie im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe" ähnliche Verhaltensweisen, wie sie im Abschnitt "homogene Gruppe" beobachtet wurden, jeweils in der Skala höher einordneten. Die Überprüfung der Reliabilität und Objektivität der Beobachtungswerte der verschiedenen Beobachter schwächt allerdings diese Möglichkeit der Ergebnisbeeinflussung entscheidend: Die relativ hohe

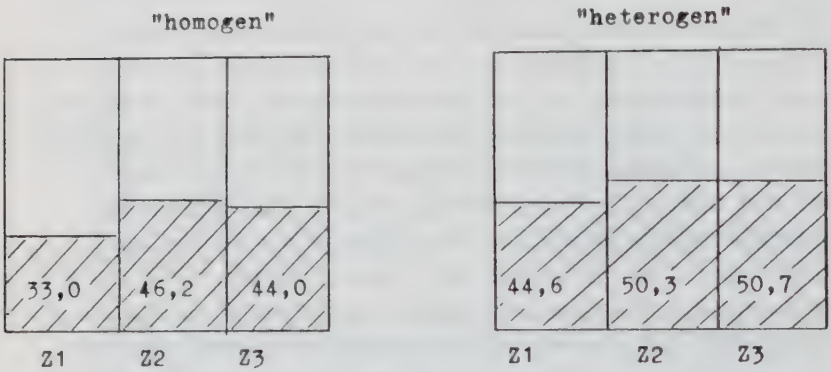
Übereinstimmung (Konkordanz) der Beobachtungswerte gleicher Ereignisse (vgl. S. 165) läßt die Aussage zu, daß die beobachteten, vergleichsweise positiveren Verhaltensäußerungen im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe" tatsächlich als solche gewertet werden können.

- Die Ursache könnte demnach bei den körperbehinderten Kindern selbst liegen: Wie oben diskutiert, entsteht eine Einschränkung in der Vergleichbarkeit der Versuchsabschnitte schon dadurch, daß dieselben körperbehinderten Kinder in beiden Versuchsabschnitten beteiligt waren, und daß damit die Voraussetzungen für die Versuchsabschnitte unterschiedlich waren (Sport als neuartige Situation). Das Verhalten der körperbehinderten Kinder, insbesondere der älteren, hätte sich demnach stabilisiert, sowohl auf die einzelnen Verhaltensdimensionen "emotionales Verhalten", "Aktivitätsbereitschaft" und "Integrationsbereitschaft" als auch auf die Situationen, insbesondere Z2 und Z3 bezogen. Bei den jüngeren Kindern beträfe dies v.a. die Situation Z1.

An dieser Stelle ist es sinnvoll, das zweite Teilergebnis in die Diskussion miteinzubeziehen.

2. Im Vergleich der Verhaltensäußerungen beider Versuchsabschnitte zeigt sich, daß die situationsspezifischen Differenzen der Reaktionen fast identisch sind. (Vgl. Abb. 7 und 8)

Abb. 7 Vergleich der situationsspezifischen Verhaltensäußerungen in "homogenen" und "heterogenen" Gruppen (in %, jüngere Kinder)



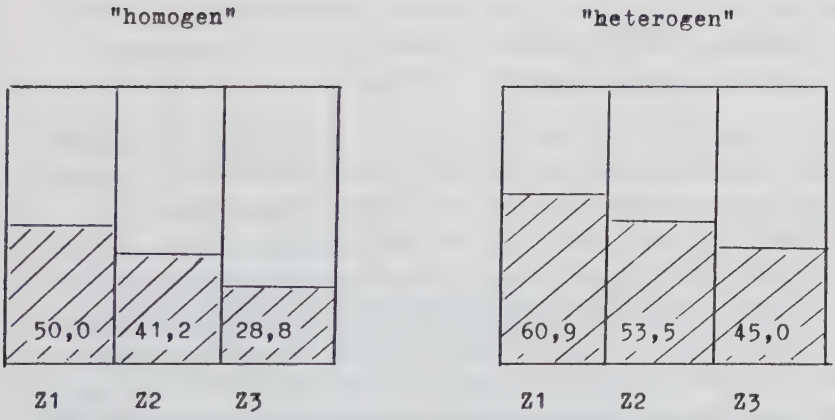
(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: niedrigere Verhaltenswerte. Dichotomisierung in der Klasse +1)

Die Differenzen zwischen Z1 auf der einen Seite und Z2 bzw. Z3 auf der anderen Seite sind in der "homogenen" Gruppe größer als in der "heterogenen" Gruppe; entscheidend scheint uns allerdings nicht der - relativ geringe - Unterschied im Ausmaß der Differenz von Z1 zu Z2 bzw. Z3, sondern vielmehr die Tatsache zu sein, daß die jüngeren körperbehinderten Kinder entgegen unserer anfangs gestellten Annahme nicht differenziert auf unterschiedlichen Leistungsanspruch an körperlichen Betätigung reagieren, d.h. die Sportsituation als solche sich nur in geringem Maße auf die Verhaltensäußerungen ausgewirkt haben dürften. Ebenso ist auffallend, daß die nichtbehinderten Kinder auf die Verhaltensäußerungen der körperbehinderten Kinder keinen entscheidenden Einfluß gehabt haben.

Die insgesamt verbesserten Verhaltenswerte sind auch jeweils in den einzelnen Situationen (Z1, Z2, Z3) zu sehen.

Noch deutlicher wird die Ähnlichkeit der situationsabhängigen Verhaltensreaktionen in beiden Versuchsabschnitten bei der Gruppe der älteren Kinder: (Abb. 8)

Abb. 8 Vergleich der situationsspezifischen Verhaltensäußerungen in "homogenen" und "heterogenen" Gruppen (in %, ältere Kinder)



(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: niedrigere Verhaltenswerte. Dichotomisierung in der Klasse +1)

Die getrennte Auswertung der Versuchsabschnitte bestätigt eindrucksvoll die anfangs gestellte Annahme der situationsabhängigen Verhaltensreaktionen nach dem Kriterium "Leistung", wie es auch im Gesamtergebnis aller Beobachtungstermine bei den älteren Kindern ersichtlich war. Nicht bestätigen können wir allerdings die Annahme, daß durch die Teilnahme der Nichtbehinderten am Sport verstärkt negative Verhaltensreaktionen in stärker leistungsbetonten Sportsituationen (Z2, Z3) zu erwarten seien. Die Differenzen sind eher schwächer geworden.

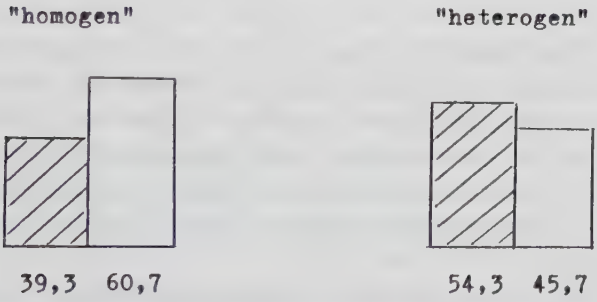
Um auf unser oben andiskutiertes Problem nun zurückzukommen: Es ist kaum wahrscheinlich, daß die Beobachter so gleichmäßig, wie es uns die Ergebnisdarstellung zeigt, Verhaltensweisen höher kodifiziert haben und deswegen die Verhaltensreaktionen im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe" nur scheinbar auf einem höheren Niveau liegen. Dagegen ist es eher möglich, daß tatsächlich so etwas wie eine Gewöhnung an die verschiedenen Situationen des Sports stattgefunden hat, und daß sich - hier besonders bei der Gruppe der älteren Kinder - ein bestimmtes Verhalten in bestimmten Situationen manifestiert. Für die Gewöhnung spricht vielleicht auch, daß die immanenten Differenzen etwas abgebaut wurden.

Wir können also festhalten: Eine prinzipielle Verhaltensänderung von körperbehinderten Kindern, wie sie in unseren Versuchsgruppen repräsentiert waren, findet, wenn sie in speziell organisierten (Sport-)situationen mit gleichaltrigen nichtbehinderten Kindern zusammenkommen und interagieren, nicht statt. Inwieweit die dabei festgehaltenen höheren Verhaltenswerte (als Ausdruck stabilisierter Verhaltensäußerungen) tatsächlich durch die gemeinsame Betätigung mit nichtbehinderten Kindern zumindest zusätzlich ausgelöst wurden, und damit als positives Versuchsergebnis gewertet werden können, kann an dieser Stelle noch nicht entschieden werden. Im Zusammenhang der Diskussion der longitudinalen Anpassungsreaktionen soll diese Fragestellung nochmals aufgegriffen und diskutiert werden.

Neben der Wirkung der Nichtbehinderten auf die Verhaltensäußerungen der körperbehinderten Kinder interessiert natürlich insbesondere die Frage, ob und wenn, inwieweit Interaktionen zwischen den körperbehinderten und nichtbehinderten Kindern stattgefunden haben.

Im Vergleich der beiden Versuchsabschnitte zeigt sich zunächst eine deutliche Steigerung der Interaktionsbereitschaft der körperbehinderten Kinder während des Versuchsabschnittes "heterogene Gruppe". (Vgl. Abb. 9)

Abb. 9 Vergleich der Interaktionsbereitschaft in "homogenen" und "heterogenen" Gruppen (in %)



(Schraffiert: Höhere Interaktionsbereitschaft, weiß: geringere Interaktionsbereitschaft. Dichotomisierung in der Klasse 3) u- Test, $p < 0{,}001$

Insgesamt nahm die Zahl der beobachteten Interaktionen um fast 40 % zu. Nun könnte sich eine verstärkte Interaktionsbereitschaft dadurch ergeben haben, daß die körperbehinderten Kinder durch das Zustoßen der nichtbehinderten-Kinder vermehrt aufeinander angewiesen waren und deshalb untereinander vermehrt Kontakt suchten: dies wäre natürlich ein negativer Effekt gewesen, der gezeigt hätte, daß körperbehinderte Kinder offensichtlich keine Möglichkeit zur Aufnahme von sozialen Kontakten sehen, auch wenn die nichtbehinderten Kinder dazu bereit sind.
Eine weitere Auswertung der Untersuchungsdaten zeigt uns aber, daß die zusätzlichen Interaktionen weitgehend Interaktionen mit nichtbehinderten Kindern waren.
(vgl. Tab. 1)

Tab. 1: Interaktionen körperbehinderter Kinder mit behinderten und nichtbehinderten Interaktionspartnern in heterogenen Gruppen

mit beh.		mit nichtbeh.		gesamt	
abs.	rel.	abs.	rel.		
234	64,6 %	128	35,4 %	362	(100 %)

Da wir, wie schon mehrfach angesprochen, Ergebnisse dieser Untersuchung nicht mit denen schon vorhandener Arbeiten gleicher oder ähnlicher Thematik vergleichen können, da dazu noch nichts vorliegt, muß sich darauf beschränkt werden, Interpretationen und Wertungen aufgrund der Erfahrungen und Erwartungen im Zusammenhang der Untersuchung vorzunehmen.
Uns erscheint der Anteil von Interaktionen mit nichtbehinderten Kindern an der Gesamtheit aller Interaktionen unerwartet hoch. Das Ergebnis ist aber durch die Tatsache gesichert, daß bei jüngeren und älteren Kindern der Anteil der Interaktionen mit nichtbehinderten Kindern kaum differiert. Allerdings ist dieses Ergebnis nur im Zusammenhang der tatsächlichen Geschehnisse während des Versuchs bzw. der vorbereitenden Maßnahmen richtig interpretierbar.
Bei beiden Altersgruppen wurden insofern günstige Voraussetzungen geschaffen, als die beteiligten nichtbehinderten Kinder sich vor Versuchsbeginn informieren konnten, mit wem sie es bei den körperbehinderten Kindern zu tun haben sollten, die Teilnahme am Versuch dann freiwillig war.
Es kann also davon ausgegangen werden, daß die nichtbehinderten Kinder dem Versuch positiv gegenüber standen, dadurch die Aufnahme von Interaktionen von ihrer Seite aus ebenso positiv beeinflußten. Nun stellt sich sofort die Frage, wie das Ergebnis ausgefallen wäre, wenn diese günstigen Voraussetzungen nicht geschaffen worden wären, etwa im Sinne einer Kontrolle des Ergebnisses. Wenn z.B.

keine Vorinformation stattgefunden hätte bzw. die Teilnahme nicht freiwillig gewesen wäre.
Nun läßt allerdings die Versuchskonstruktion bzw. die Versuchsdurchführung eine solche Kontrolle durch Beobachtung nichtorganisierter und nichtvorbereiteter Kontakte nicht zu. Da die Versuche als unterrichtliche Veranstaltung im abgeschlossenen Raum einer Sporthalle stattfanden, mußte den nichtbehinderten Kindern natürlich gesagt werden, um was es ging, damit sie überhaupt teilnahmen. Schon in diesem Augenblick sind die Kontakte vorbereitet und organisiert, zudem ist ja das Verhältnis von nichtbehinderten zu behinderten Kindern in der Realität anders als unter den Versuchsbedingungen, bei welchen ein Gleichgewicht beider Gruppen als wichtige Voraussetzung einer erfolgreichen Durchführung gestellt wurde. Es ist damit also klar, daß wir es mit konstruierten Versuchsbedingungen zu tun haben, die stark von nichtkonstruierten Situationen im freien Feld abweichen, womit aber gezeigt werden sollte, daß soziale Kontakte von nichtbehinderten Kindern zu behinderten geplant, organisiert und instutionalisiert werden müssen, um im Sinne sozialer Integration wirksam werden zu können.
Die Durchsicht der Verbalprotokolle zeigt uns aber auch, daß die Interaktionsbereitschaft der körperbehinderten Kinder zu den nichtbehinderten Kindern sehr unterschiedlich verteilt war und offensichtlich auch mit sehr verschiedenen Motiven verbunden war. Hier empfiehlt sich wieder, die Gruppen der jüngeren und älteren Kinder einer getrennten Untersuchung zu unterziehen, da die Ereignisse personenbezogen diskutiert werden und auch nicht verallgemeinert werden sollen.

Jüngere Kinder:

Zu diesem Versuch fand sich (freundlicherweise) die Lehrerin einer Klasse der Schule, zu der die Turnhalle gehört, bereit, Kinder ihrer Klasse auf diesen Versuch vorzubereiten und diese aufzufordern, an diesem teilzunehmen.

Nach zwei Probestunden konnten sich Kinder dieser Klasse dazu entscheiden, freiwillig daran teilzunehmen, wobei die Zahl der nichtbehinderten Kinder auf 10 begrenzt sein sollte.
Schließlich nahmen acht Kinder dieser Klasse an dem Versuch teil.
Zwar wurden die nichtbehinderten Kinder nach einer kurzen Phase des Abtastens als Interaktionspartner akzeptiert, doch beschränkten sich häufigere Interaktionen zwischen Behinderten und Nichtbehinderten, auch wenn , etwa in Gruppenübungen, dazu aufgefordert wurde, i.w. nur auf drei der körperbehinderten Kinder. (Uwe, Richard, Thomas W.)
Bei Richard erstaunte dies nicht weiter: Er war das mit Abstand am geringsten behinderte Kind der Gruppe, besucht die Normalschule und hatte daher schon umfangreiche Erfahrungen mit nichtbehinderten Kindern.
Auch bei Thomas W. tritt der körperliche Schaden (Hemiplegie) nur wenig in den Vordergrund. Er ist sowohl hinsichtlich der motorischen als auch der kognitiven Fähigkeiten nur in relativ geringem Maße behindert, ist sehr bewegungsfreudig und war beim Lernen neuer Bewegungen und Fertigkeiten immer einer der Besten innerhalb der Gruppe.
Diese beiden Kinder wurden auch von den nichtbehinderten Kindern voll als Interaktionspartner akzeptiert und als gleichrangig angesehen.
Bei Uwe dagegen - er wurde oben schon einmal besonders erwähnt - traten innerhalb der Versuche neben den Bewegungsschwierigkeiten Verhaltensprobleme in massiver Form auf. (Wie der Fallbericht zeigt (vgl. Anhang I), gilt Uwe als stark geistig behindert).

Schon vor Beginn an nahmen sich drei der nichtbehinderten Kinder um Uwe an, der ihnen offensichtlich einerseits wegen seiner Hilflosigkeit in vielen Situationen, andererseits wegen seines besonderen (abweichenden) Verhaltens auffiel.

Die nichtbehinderten Kinder kümmerten sich überfürsorglich um Uwe, was dieser nach einiger Zeit nicht mehr aushielt, sich wehrte und häufig flüchtete.
Dies wiederholte sich während des Versuchszeitraumes immer wieder.
Während sich bei den genannten Kindern, insbesondere bei Richard und Thomas W. die Interaktionen weitgehend auf solche mit nichtbehinderten Kindern beschränkten, blieben die restlichen Kinder, behinderte wie nichtbehinderte in den meisten Fällen unter sich, auch wenn diese zur gemeinsamen Gruppenbildung aufgefordert wurden. (Z2)
Daß hierbei die nichtbehinderten Kinder nicht aktiver wurden, läßt sich vielleicht dadurch begründen, daß diese durch die häufig sehr direkte Art einiger körperbehinderter Kinder verschreckt wurden. Ein Beispiel hierfür war etwa Leander, der ein nichtbehindertes Kind ziemlich rabiat angriff, als es ihn nicht an die Ringe lassen wollte.

In Z3 zeigten sich am deutlichsten die Unterschiede zwischen nichtbehinderten und behinderten Kindern. Konnten die behinderten Kinder in Z1 ihre Übungsintensität, ihre Übungsauswahl sowie ihre Interaktionspartner selbst bestimmen, waren in Z2 häufig die behinderten Kinder sogar im Vorteil, weil sie spezielle Übungen sowohl in der Krankengymnastik als auch in den vorhergehenden Sportstunden schon mehrmals absolviert hatten, so waren die körperbehinderten Kinder aufgrund ihres Schadens den nichtbehinderten Kindern beim Spiel/Wettkampf in ihren motorischen Fähigkeiten und dadurch auch in der Ausdauer unterlegen.

In Z3 war nach einiger Zeit am deutlichsten zu sehen, daß die nichtbehinderten Kinder nicht mehr daran dachten, daß sie mit behinderten Kindern zusammen waren. So nahmen sie in keiner Weise mehr Rücksicht auf die körperlichen Nachteile der Behinderten, was zur Folge hatte, daß die Behinderten, trotz großer Anstrengungsbereitschaft, den nichtbehinderten Kindern i.a. unterlegen waren.

In unseren Versuchen betraf dies v.a. diejenigen Kinder, deren Schaden sich auf die Gehfähigkeit negativ auswirkt (Roland, Sybille). Diese Kinder waren dann auch die ersten, die aufhörten und nur noch zuschauten. Die Aktivitäten wurden also durch das Zusammensein mit den Nichtbehinderten Kindern v.a. in den Z3-Situationen beschränkt.

Ältere Kinder

Die Versuchsvorbereitung ging ähnlich vor sich, wie bei der Gruppe der jüngeren Kinder. Alle nichtbehinderten Kinder erklärten sich freiwillig dazu bereit, an dem Versuch teilzunehmen, so daß von daher eine positive Voraussetzung für diesen Versuch gegeben war. Auch hier zeigte sich wie bei den jüngeren Kindern, daß einige, in diesem Versuch zwei Kinder, vorzugsweise nichtbehinderte Interaktionspartner suchten.

Diese beiden Kinder, Frank und Ulla, gingen zum Zeitpunkt der Untersuchung beide auf die Normalschule. Sie sind vergleichsweise leicht behindert und hatten Vorerfahrungen mit nichtbehinderten Kindern.

Anders aber, als bei den jüngeren Kindern, nahmen auch die anderen körperbehinderten Kinder der Gruppe Interaktionen mit nichtbehinderten Kindern auf, die nicht nur zufällig schienen. (Dieter, Thomas, Uwe, Manfred) Während Frank sich vorwiegend auf einen Partner (den er schon vor dem Versuch kannte) beschränkte, wechselten die anderen Kinder häufig ihre Interaktionspartner. Während die Stundensituationen Z1 und Z2 relativ problemlos verliefen, waren in Z3 häufig Schwierigkeiten festzustellen, die primär aus den unterschiedlichen motorischen Voraussetzungen resultierten.

Für und innerhalb dieses Versuchsabschnittes wurde ein Spiel entwickelt, in dem die besonderen Bedingungen der körperbehinderten Kinder berücksichtigt werden sollten. Dieses - modifizierte - Handballspiel sollte den körperbehinderten Kindern ermöglichen, auch in der Spiel/Wettkampfsituation an den Aktivitäten beteiligt zu werden. (Vgl. Regeln, Anhang III)

> Es zeigte sich aber, daß, wie schon bei der Gruppe der jüngeren Kinder, trotz dieser besonderen Voraussetzungen, die nichtbehinderten Kinder einfach vergaßen, daß sie mit behinderten Kindern zusammenspielten. Für sie galt es dann nur noch, zu gewinnen, wobei die körperbehinderten Kinder, oder zumindest die sportlich schlechteren, teilweise überhaupt nicht mehr beteiligt wurden.

Nach einiger Zeit zeigte es sich dann, daß verschiedene Kinder v.a. in Z3 keine Lust mehr hatten, teilzunehmen, wobei sie offen sagten, daß sie sowieso keine Chancen hätten. (v.a. Thomas, Jürgen, später auch Peter, Manfred)

Außer von Frank, der am besten mithalten konnte und dabei oft fast rücksichtslos gegenüber den übrigen behinderten Kindern war, wurde dann auch der Versuch der sich auf Z3 bezog, weitgehend negativ beurteilt.

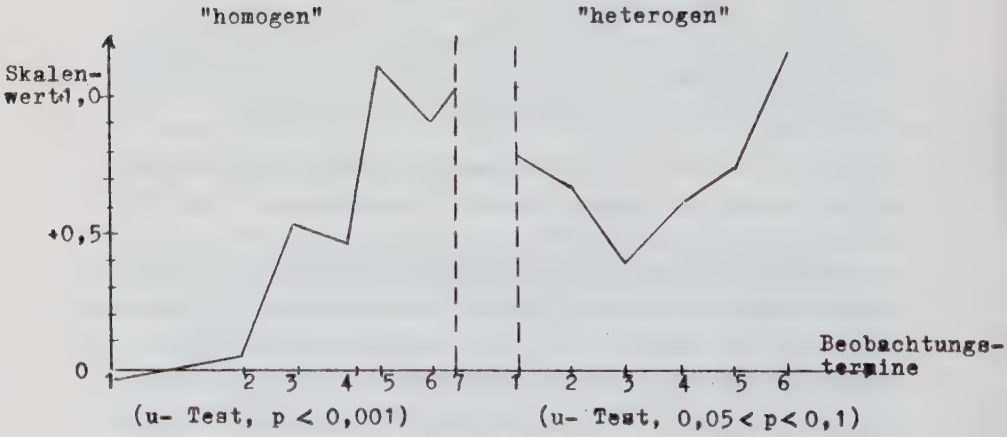
Bezüglich der Interaktionsbereitschaft mit nichtbehinderten Kindern in organisierten Sportgruppen können wir demnach folgendes feststellen:
Der anfänglich sehr positive Eindruck eines verhältnismäßig hohen Anteils von Interaktionen mit Nichtbehinderten wird dadurch relativiert, daß Interaktionen zwischen körperbehinderten und nichtbehinderten Kindern vornehmlich auf einen Teil der körperbehinderten Kinder beschränkt wurden. Dabei zeigte sich, daß es vorwiegend Kinder mit den entweder leichteren Schäden und/oder mit vorhergehenden Erfahrungen mit nichtbehinderten Kindern in der Normalschule waren, die solche Interaktionen aufnahmen. Die Interaktionsbereitschaft mit den nichtbehinderten Kindern ging zudem - hier v.a. in den leistungsbetonten wettkampfähnlichen Situationen Z3 - häufig oder vollständig zu Lasten der Interaktionen mit den Mitgliedern der eigenen Behindertengruppe, ein fast typisches Zeichen der marginalen Situation dieser Kinder.

2.4. Anpassungsreaktionen

2.4.1. - Jüngere Kinder

Bei den jüngeren Kindern konnten wir im ersten wie im zweiten Versuchsabschnitt deutlich positive Anpassungserscheinungen feststellen, wobei die (negative) Anpassungserscheinung im Abschnitt "heterogene Gruppe" zunächst deutlich den Gewöhnungsprozeß an die neuartige Situation, mit nichtbehinderten Kindern zusammen tätig zu werden, anzeigt. (Vgl. Abb. 10)

Abb. 10 Anpassungsreaktionen der jüngeren Kinder (Gesamtverhalten)



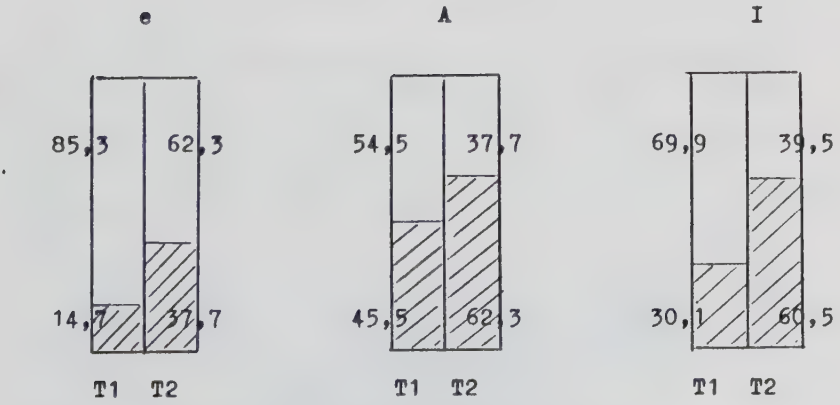
(Die unterschiedlichen Abstände zwischen den Beobachtungsterminen sind durch Stundenausfälle, bedingt z.B. durch Krankheit oder Ferien, verursacht)

Nun sind die Anpassungsreaktionen der jüngeren Körperbehinderten auch einer differenzierten Wertung zu unterziehen, d.h. es ist zu fragen, inwieweit dieses ausgesprochen positive Ergebnis im einzelnen auch auf die Dimensionen des Verhaltens als auch auf die Situationen des Unterrichts zutrifft. Wir wollen hierbei im folgenden die einzelnen Untersuchungsabschnitte einer getrennten Betrachtung unterziehen.

2.4.1.1. Homogene Gruppe

Im Abschnitt "homogene Gruppe" sind bezüglich der drei Dimensionen des Verhaltens "emotionales Verhalten", "Aktivitätsbereitschaft" und "Integrationsbereitschaft" fast identische positive Entwicklungen feststellbar, wobei innerhalb der Dimension "Integrationsbereitschaft", welche v.a. die Anpassungsbereitschaft, das Einfügen und die Kooperationsbereitschaft in der Gruppe umfassen sollte, die deutlichsten Veränderungen feststellbar sind. (Vgl. Abb. 11)

Abb. 11 Anpassungsreaktionen während des Versuchsabschnitts "homogene" Gruppe, differenziert in Verhaltensdimensionen (Jüngere Kinder, in %)

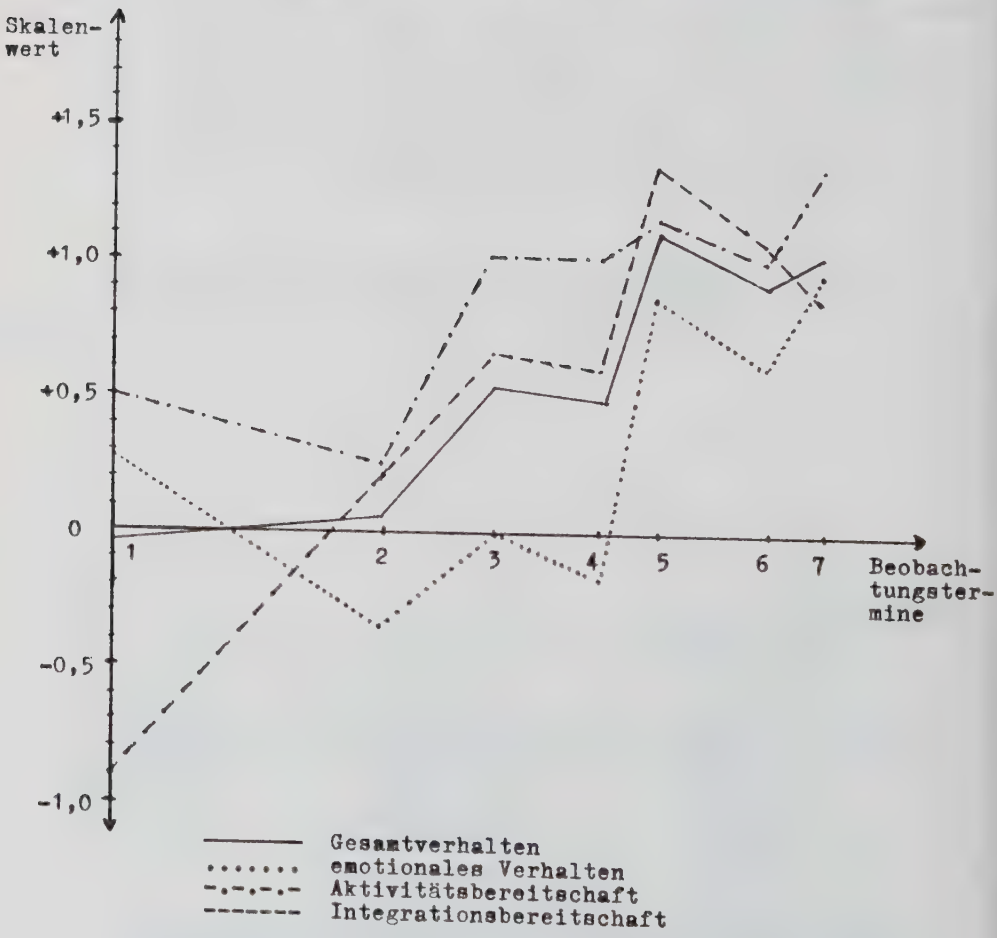


(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: niedrigere Verhaltenswerte. Dichotomisierung in der Klasse +1)

e- emotionales Verhalten $p < 0,01$
A- Aktivitätsbereitschaft $p < 0,01$
I- Integrationsbereitschaft $p < 0,001$ (u- Test)

T1- erste Hälfte des Versuchsabschnitts
T2- zweite Hälfte des Versuchsabschnitts

Abb. 12 Verhaltensänderungen im Versuchsabschnitt "homogene" Gruppe im Mittelwertvergleich (Jüngere Kinder)



Ein differenzierteres Bild gewinnen wir, wenn wir den Kurvenverlauf der Entwicklung untersuchen. (Abb. 12)

Die graphische Darstellung zeigt hinsichtlich des Gesamtverhaltens die eindeutig positive Veränderung, unterbrochen nur von relativ geringen Schwankungen.
Der Verlauf der einzelnen Verhaltensdimensionen weist dagegen größere Schwankungen und gegensätzliche Entwicklungen auf. Auffallend ist, daß sich die Dimensionen des Verhaltens im Verlauf des Versuches immer mehr angleichen. Betrug die Differenz zwischen den beiden am weitesten auseinanderliegenden Dimensionen zu Beginn des Versuchs 1,4 auf der Wertungsskala im Mittelwertvergleich, so beträgt diese Differenz am Ende des Versuchs nur noch 0,4.

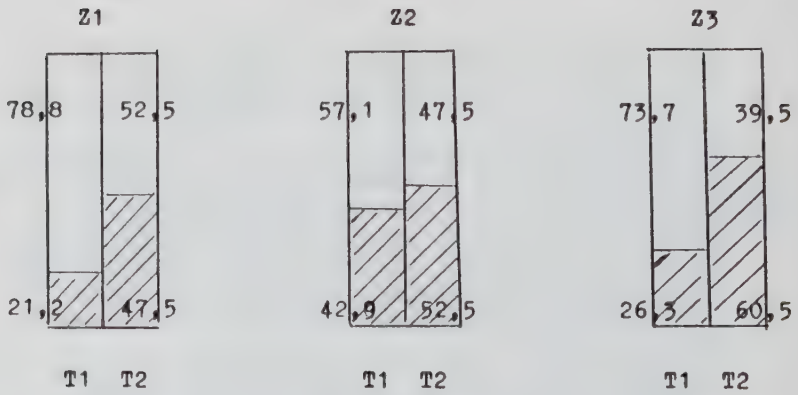
Diese Differenz zu Beginn charakterisiert in besonderer Weise die Situation am Anfang dieses Versuchsabschnitts:

Für die beteiligten Kinder bedeutete die neue Umgebung (Turnhalle), die körperliche Betätigung in Gruppen, dazu mit teilweise ungewohnten Spielgefährten bzw. Spiel- und Sportgeräten eine völlig neuartige Anregungssituation.
Da körperliche Betätigung i.a. für die behinderten Kinder bisher nur in Einzeltherapie stattfand, wobei der direkte Kontakt zwischen Therapeutin und zu behandelndem Kind in jeder Situation gegeben war, war es nun notwendig, daß die Kinder sich an allgemeine Aufforderungen und Anweisungen hielten, die enge persönliche Beziehung war nicht möglich.
Zwei Verhaltensreaktionen fielen hierbei besonders auf:

- einige Kinder, die nicht persönlich angeregt, aufgefordert wurden, verhielten sich anfangs stark regressiv, entwickelten keine selbständigen Aktivitäten, fielen auch nicht durch besondere emotionale Äußerungen auf (Ralph, Uwe, Roland)
- eine andere Gruppe zeigte dagegen überstarke Aktivitäten, wobei bei diesen Aktivitäten häufig aggressive Handlungen zu beobachten waren. Sie fielen insbesondere durch starke Gemütsschwankungen auf. (Leander, Thomas H., Thomas W., Cornelia)
- Eine Ausnahme bildete Richard, der sich ruhig verhielt, während der gesamten Beobachtungszeit aktiv war und sich gut anpaßte. (- Richard geht in die Normalschule und ist sehr gering behindert.)

Bei der Darstellung der Anpassungsreaktionen während der **standardisierten** Unterrichtssituationen können wir ebenfalls eine positive Entwicklung sehen, die alle drei Situationen betrifft. Auffallend ist allerdings, daß die positive Veränderung während der Übungs-Erwärmungsphase relativ gering ausfällt, während in der Selbsttätigkeits- bzw. Leistungs-(Wettkampf-)phase starke Unterschiede auftraten. (Vgl. Abb. 13)

Abb. 13 Anpassungsreaktionen während des Versuchsabschnitts "homogene Gruppe", differenziert nach Situationen (Jüngere Kinder, in %)



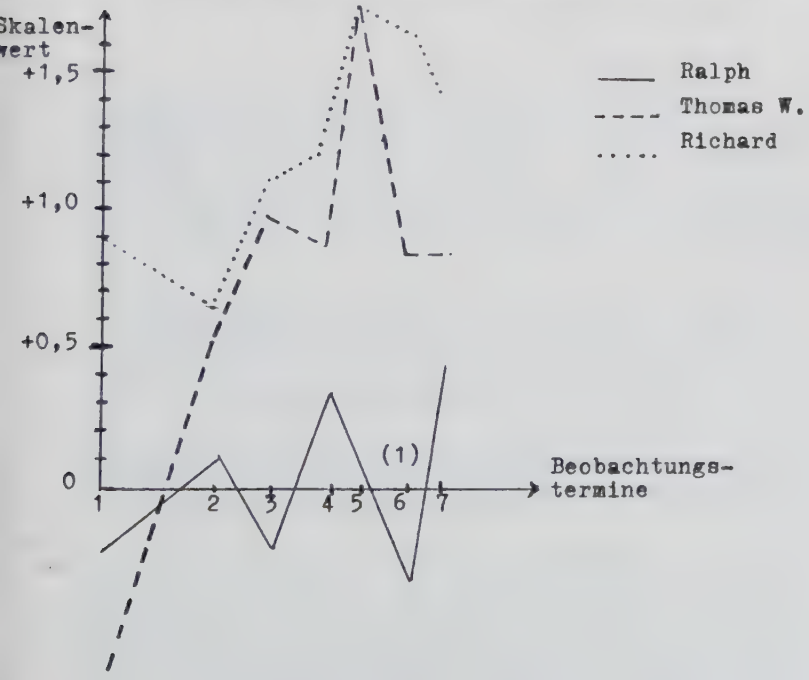
(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: Niedrigere Verhaltenswerte. Dichotomisierung in der Klasse +1) u- Test: Z1: $p < 0{,}001$
Z2: $p < 0{,}05$
Z3: $p < 0{,}001$

Die unterschiedlich-positive Veränderung während der drei Unterrichtssituationen kann nun so erklärt werden, daß es sich bei den Situationen Z1 und Z3 um tatsächlich neuartige Anregungssituationen handelte, während in Z2 sportliche Inhalte vermittelt wurden, die beispielsweise von der Krankengymnastik her den meisten Kindern schon

bekannt waren. Dafür spricht auch das schon relativ hohe Ausgangsniveau der Verhaltensäußerungen in Z2 gegenüber Z1 und Z3.

Die Ergebnisdarstellung verdeckt aber dennoch, daß es teilweise völlig unterschiedliche Entwicklungen gab, die uns geradezu typisch für die Probleme erschienen, die einen im Gruppensport mit körperbehinderten Kindern erwarten. Aus diesem Grund sollen einige Fallbeispiele dargestellt und kommentiert werden: Abb. 14 zeigt den Verlauf von Verhaltensänderungen von Ralph, Thomas W. und Richard im Untersuchungsabschnitt "homogene Gruppe".

Abb. 14 Fallbeispiele Versuchsabschnitt "homogene Gruppe" (Jüngere Kinder, Gesamtverhalten)



1) Ralph fehlte beim 5. Beobachtungstermin

Hier einige kommentierende Bemerkungen zu der Abbildung:

- Ralph, der jüngste Teilnehmer in der Gruppe mit leichter Paraplegie, zeigte sich als extrem regressives, gehemmtes Kind, bei welchem kaum Gemütsregungen und keinerlei selbständige Aktivitäten erkennbar waren. Auch war er zum Zeitpunkt der Untersuchung extrem sprechgehemmt. In den Übungsstunden war er stark auf den Lehrer fixiert, indem er ihm z.B. dauernd hinterherlief, und nur auf besondere Aufforderung hin zu Aktivitäten zu bewegen. Im Verlauf der Untersuchung konnten wir positive Ansätze - wie zu eigenen Aktivitäten - erkennen, aber auch starke Schwankungen.

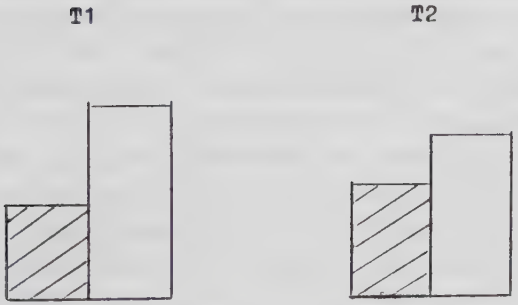
- Thomas W. zum Zeitpunkt der Untersuchung 8 Jahre alt, hat eine mittelstarke Hemiplegie. Er zeigte sich zu Beginn der Untersuchung als besonders schwankend in seinen Gefühlsäußerungen ("emotionales Verhalten"). Zudem konnten oft aggressives Verhalten gegenüber anderen Kindern der Gruppe beobachtet werden. Thomas wollte bei allen Tätigkeiten hervorragen und die Aufmerksamkeit des Lehrers auf sich lenken. Im Verlauf der Untersuchung konnte eine deutliche Verbesserung und Stabilisierung des Verhaltens beobachtet werden.

- Richard, der älteste der Gruppe, hat eine leichte Hemiplegie und besuchte zum Zeitpunkt der Untersuchung schon die normale Volksschule. Er war i.a. gleichmäßig fröhlich aktiv und zeigte eine gute Bereitschaft, sich in die Gruppe einzuordnen. Zu Beginn hatte er allerdings auch seine Probleme, mit den anderen Kindern zurechtzukommen, was sich auch an der Entwicklungslinie - Rückgang positiver Verhaltenswerte beim zweiten Termin - sehen läßt.

Die Abbildung zeigt sozusagen "typische" Beispiele: Der "normale" Richard, Thomas W. in seinem Anpassungsprozeß und der stark verhaltensauffällige Ralph.

Auch die Interaktionshäufigkeit verbessert sich während des Versuchszeitraumes "homogene Gruppe" deutlich. (Abb. 15)

Abb. 15 Veränderung der Interaktionsbereitschaft während des Versuchsabschnittes "homogene Gruppe" (Jüngere Kinder, in %)



(Schraffiert: Höhere Interaktionsbereitschaft, weiß: geringere Interaktionsbereitschaft. Dichotomisierung in der Klasse 3) u- Test, $p < 0,05$

Die Ergebnisse des Versuchsabschnittes "homogene Gruppe" bestätigen die Annahme, daß die Anpassungsreaktionen, die über den gesamten Versuchszeitraum feststellbar sind, tatsächlich im wesentlichen durch die neuartigen Anregungssituationen im Sport/Sportunterricht bewirkt sind. Die positiven Veränderungen übertreffen hierbei sogar teilweise die Veränderungen des Gesamtzeitraumes. (Dieser Tatbestand soll bei der Diskussion der gesamten Ergebnisse bei der Gruppe der jüngeren Kinder noch einmal aufgegriffen werden.)

Neben den Problemen, welche die Kinder mit der neuartigen Situation hatten, ist darauf hinzuweisen, daß auch der Lehrer vor einer ungewohnten Situation bei Beginn des Versuches stand. Dabei wurden mehrere Probleme deutlich, die erst während des Versuches verarbeitet werden konnten:

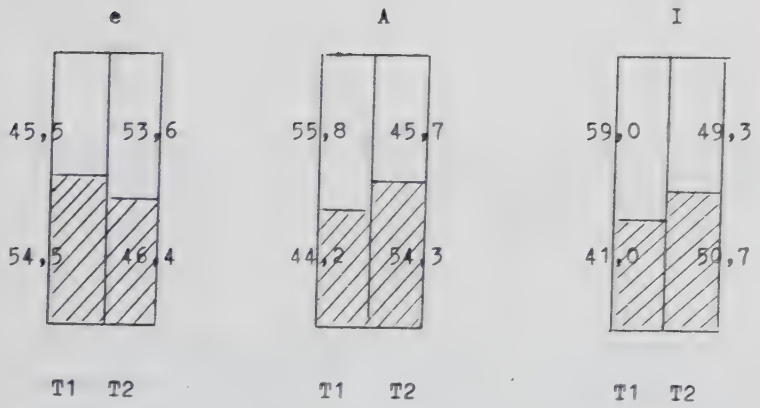
- die verschiedenen Schadensbilder der Kinder erfordern eigentlich eine spezielle Übungsauswahl. Da aber alle Kinder die gleichen Übungen ausführen sollten, mußte immer wieder überprüft werden, ob die jeweilige Bewegung sich nicht nachteilig auf das Schadensbild auswirken konnte.
- Das methodische Mittel der Demonstration bestimmter Bewegungsformen (im Sinne technischer Fertigkeiten) kann nur bedingt eingesetzt werden. Dabei zeigte sich,, daß sowohl die schadensbedingte Behinderung als auch das Perzeptions- und Konzentrationsvermögen Grenzen setzte. Im Verlauf des Versuchs wurde dann immer mehr dazu übergegangen, daß die Kinder eigene Techniken entwickelten, z.B. beim Fangen/Werfen, und daß nur allgemeine Übungshinweise gegeben wurden.
- Es wurde wichtig, daß auf Übungs- und Spielwünsche der Kinder eingegangen wurde. Wurde darauf keine Rücksicht genommen, zeigten die Kinder oft keine Lust, etwas zu machen, Anweisungen zu befolgen etc. (Dies betraf auch das Aussuchen von Interaktionspartnern). Für den Unterrichtsablauf bzw. die Unterrichtsplanung bedeutete dies, daß häufig andere Übungen und Spiele absolviert wurden oder werden mußten als vorgesehen. (Im Laufe des Versuchs konnte eine deutliche Verbesserung festgestellt werden.)

2.4.1.2. Heterogene Gruppe

Der Beobachtungszeitraum des Versuchsabschnittes "heterogene Gruppe" der jüngeren Kinder reichte von Mitte Juni bis Ende Juli 1977 (7 Wochen). Der Versuchszeitraum war also um einiges kürzer als der des Versuchsabschnittes "homogene Gruppe". Während des Versuches wurden sechs Beobachtungstermine angesetzt. Zusammengefaßt wurden für die Auswertung zur Fragestellung "Anpassungsreaktionen" die ersten drei und die zweiten drei Termine, deren zusammengefaßte Daten miteinander verglichen.

Auch hier wieder soll eine Differenzierung der Untersuchungsergebnisse ein tieferes Bild der Entwicklungen geben: Die Differenzierung in die Dimensionen des Verhaltens zeigt nun kaum Veränderungen, wobei wir in der Dimension "emotionales Verhalten" sogar eine Verschlechterung feststellen. (Abb. 16)

Abb. 16 Anpassungsreaktionen im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe", differenziert nach Verhaltensdimensionen (Jüngere Kinder, in %)



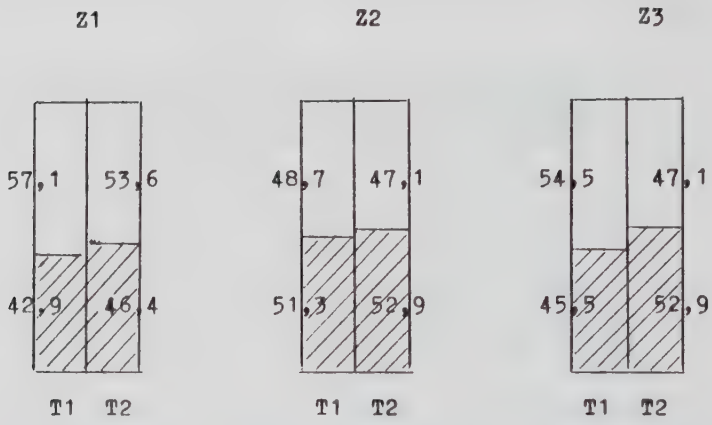
(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: Niedrigere Verhaltenswerte. Dichotomisierung in der Klasse +1)

e- emotionales Verhalten $0,1 > p > 0,05$
A- Aktivitätsbereitschaft $p < 0,05$
I- Integrationsbereitschaft $p < 0,05$ (u- Test)

T1: Erste Hälfte des Versuchsabschnitts
T2: Zweite Hälfte des Versuchsabschnitts

Auch bei der Differenzierung in die Situationen können nur sehr geringe Veränderungen bemerkt werden. (Vgl. Abb. 17)

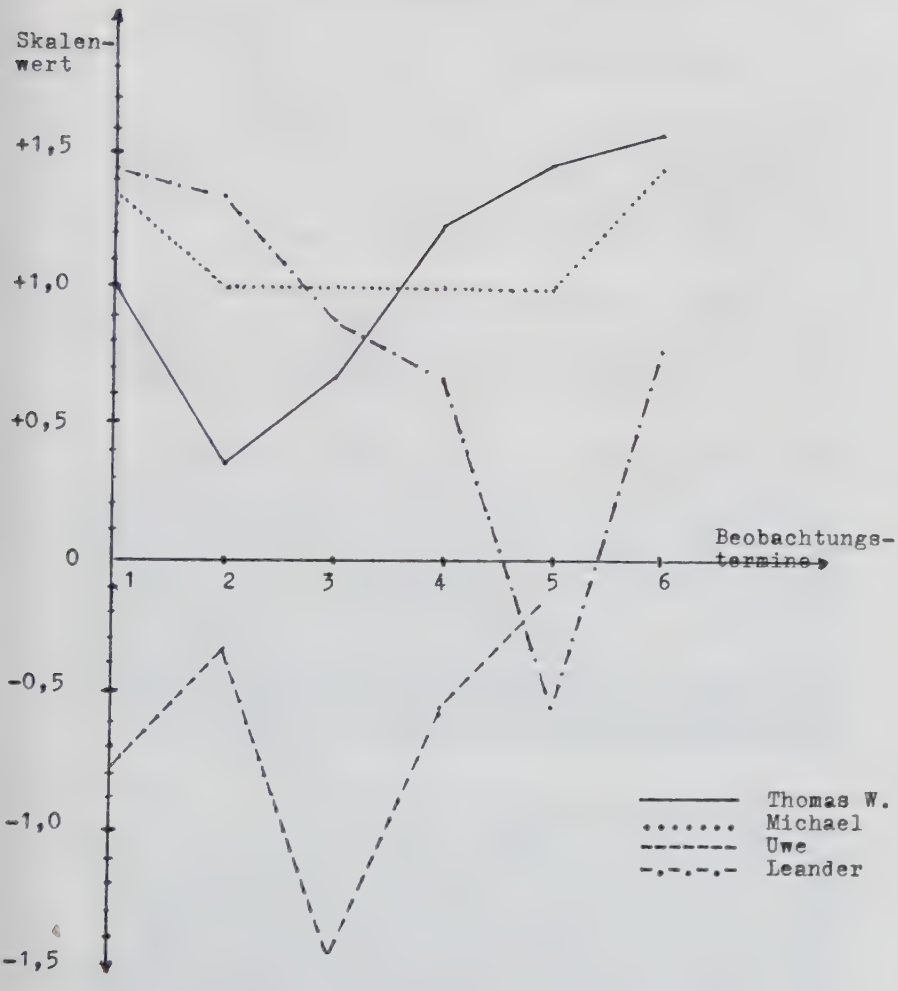
Abb. 17 Anpassungsreaktionen während des Versuchsabschnitts "heterogene Gruppe" differenziert nach Situationen (Jüngere Kinder, in %)



(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: Niedrigere Verhaltenswerte. Dichotomisierung in der Klasse +1)
u- Test, Z1: $p > 0,1$
Z2: $p > 0,1$
Z3: $0,1 > p > 0,05$

Nun hängen diese geringen Differenzen sicher mit der Auswertungsmethodik zusammen; wie aufgrund des Kurvenverlaufs der Anpassungsreaktionen belegt werden kann, konnte erst nach dem dritten Beobachtungstermin wieder eine - allerdings starke - Verbesserung hinsichtlich des Verhaltens beobachtet werden. Im Unterschied zum Abschnitt "homogene Gruppe", in welchem wir eine relativ kontinuierliche Aufwärtsentwicklung beobachten konnten, bedeutete das Zusammentreffen mit nichtbehinderten Kindern zunächst negatives Anpassungsverhalten, was statistisch nicht erfaßt werden konnte.
Ein differenziertes Urteil soll nun über Einzelfallbeispiele ermöglicht werden (Abb.18).

Abb. 18 Verhaltensänderungen einzelner Kinder im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe" im Mittelwertvergleich (Jüngere Kinder, Gesamtverhalten)



Insgesamt zeigt sich bei allen Kindern - wie auch beim dargestellten Mittelwertvergleich, ähnliches Anpassungsverhalten. Das Beantworten der neuen Situation durch vermehrtes vergleichsweise negatives Verhalten, nach der - verschieden schnellen - Verarbeitung deutliche Verhaltensverbesserung.

- Thomas W. paßte sich rasch der neuen Situation an. Ihm gelang es auch sehr schnell, nichtbehinderte Interaktionspartner zu finden, mit denen zusammen er sich sehr aktiv betätigte. Verhaltensprobleme, wie sie bei ihm im ersten Versuchsabschnitt häufig zu bemerken waren, konnten nicht mehr beobachtet werden.

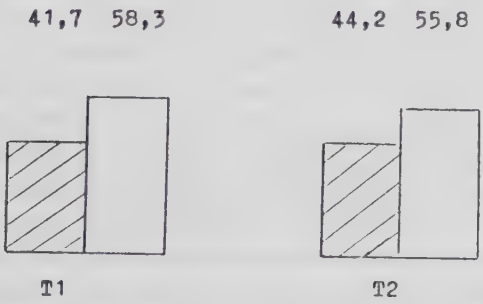
- Michael (leichte Hemiplegie) gehörte zu den Kindern, die kaum Interaktionen mit nichtbehinderten Kindern eingingen. Er ist ein sehr angepaßtes und ruhiges Kind, das während des gesamten Versuches in keiner Weise durch extreme (positive oder negative) Verhaltensäußerungen auffiel.

- Leander gehörte zu der gleichen Gruppe, was die Interaktionsbereitschaft anging. Er bereitete allerdings während des ersten Versuchsabschnittes (homogene Gruppe) schon erhebliche Schwierigkeiten, war häufig hyperaktiv, dagegen sehr schwankend in seinen emotionalen Äußerungen und häufig aggressiv.
(Leander hat eine leichte Paraplegie).
Er kam in der durch die nichtbehinderten Kinder vergrößerten Gruppe noch weniger zur Geltung als vorher, wenn ihm keine besondere Aufmerksamkeit von seiten des Lehrers zuteil wurde, wenn ihm seine besonderen Wünsche nicht erfüllt wurden, bekam er Wutanfälle, wurde aggressiv etc., sowohl gegenüber Behinderten,als auch gegenüber Nichtbehinderten und Lehrer.

- Am auffallendsten Uwe (Koordinationsstörungen, Hypertonie, Anfallserscheinungen):
Er lenkte durch sein Verhalten die Aufmerksamkeit dreier nichtbehinderter Kinder auf sich, die ihn dauernd umgaben, ihn auch herumzerrten. Uwe, der auch sehr ängstlich ist, war dies sehr unangenehm, er entfernte sich, flüchtete vor den Kindern, ließ sich auch durch den Lehrer zunächst nicht mehr bewegen, am Unterrichtsverlauf teilzunehmen. Erst nach einiger Zeit gewöhnte sich Uwe an die neue Situation und nahm am Gruppengeschehen wieder teil; er war dann auch nicht mehr so interessant für die nichtbehinderten Kinder.

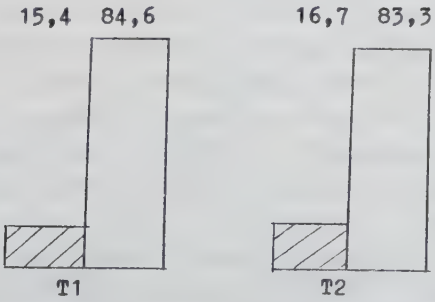
Die Interaktionshäufigkeit insgesamt als auch im besonderen zwischen den körperbehinderten Kindern und den nichtbehinderten Kindern veränderte sich während dieses Versuchsabschnittes nicht wesentlich. (Abb. 19, 20).

Abb. 19 Veränderung der Interaktionsbereitschaft im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe" (Jüngere Kinder, in %)



(Schraffiert: Höhere Interaktionsbereitschaft, weiß: geringere Interaktionsbereitschaft. Dichotomisierung in der Klasse 3) u- Test, $p > 0,5$

Abb. 20 Veränderung der Interaktionsbereitschaft zu nichtbehinderten Kindern während des Versuchsabschnitts "heterogene Gruppe" (Jüngere Kinder, in %)



(Schraffiert: Höhere Interaktionsbereitschaft, weiß: Geringere Interaktionsbereitschaft. Dichotomisierung in der Klasse 3) u- Test, $p > 0,5$

2.4.1.3. Zusammenfassung: Anpassungsreaktionen bei den jüngeren körperbehinderten Kindern

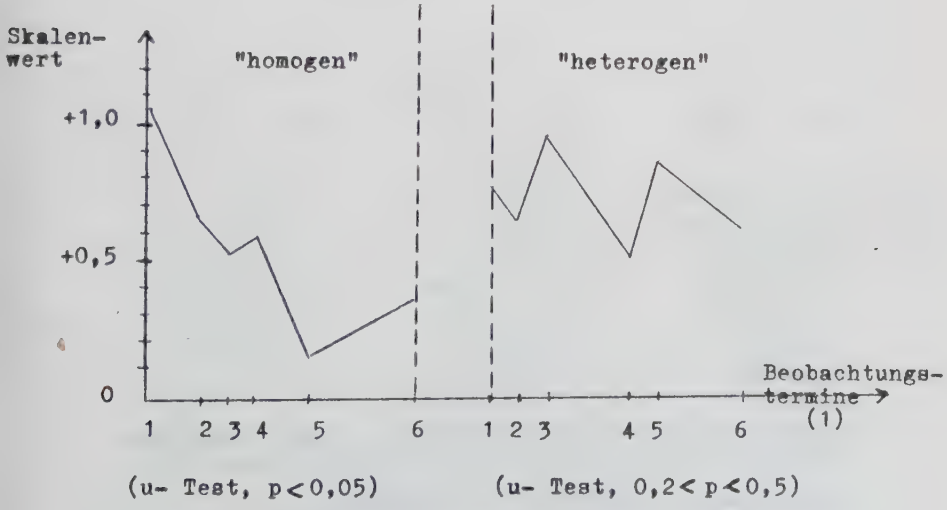
Die Auswertung der empirischen Daten für den gesamten Zeitraum als auch für die einzelnen Versuchsabschnitte zeigt, daß körperbehinderte Kinder im Alter bis zu 10 Jahren insgesamt uneingeschränkt positiv auf die neuartige Anregungssituation Sport/Sportunterricht reagieren. Eine positive Wertung bezieht sich dabei sowohl auf die verschiedenen Situationen des Unterrichts, auf die differenzierten Verhaltensdimensionen als auch auf beide Gruppenzusammensetzungen ("homogen", "heterogen").
In unserem Versuch vollzogen sich die positiven Anpassungsreaktionen im wesentlichen im Versuchsabschnitt "homogene Gruppe". Das bedeutet, daß die neuartige Anregungssituation im Sport/Sportunterricht nur einen relativ kurzen Zeitraum beansprucht, um verhaltenswirksam zu werden. Innerhalb des ersten Versuchsabschnittes verbesserte sich der Mittelwert des Gesamtverhaltens aller Kinder um eine Stufe auf der Wertungsskala.
Die Ausgangssituation zu Beginn des zweiten Versuchsabschnitts ("heterogene Gruppe") ähnelt der zu Ende des ersten; d.h. das Verhalten der Kinder hat sich weitgehend auf dem Niveau zu Ende des ersten Versuchsabschnittes stabilisiert. Die Kinder reagieren allerdings auf die Veränderung, die durch das Eintreten der nichtbehinderten Kinder zunächst negativ, bis sie sich auf die neue Situation eingestellt haben. Danach verändern sich die Verhaltenswerte stark positiv und übertreffen zum Schluß sogar die gegen Ende des ersten Versuchsabschnittes.
Auch die Interaktionsbereitschaft, gemessen durch die Interaktionshäufigkeit, verbessert sich schon im ersten Versuchsabschnitt wesentlich, im zweiten dagegen unwesentlich.
Nach den empirischen Befunden zu schließen, wirkt sich Sport/Sportunterricht bei körperbehinderten Kindern (Cerebralparesen) dieser Altersgruppen insgesamt positiv aus; dabei spielt die körperliche Leistungsfähigkeit bzw. der

Anspruch, der innerhalb der körperlichen Tätigkeiten in verschiedener Ausprägung an die behinderten Kinder gestellt wird, offensichtlich keine Rolle.

2.4.2. Ältere Kinder

Konnten wir bei den jüngeren Kindern eine einheitliche positive Entwicklung beobachten, was sowohl die Versuchsabschnitte als auch die einzelnen Situationen und differenzierten Verhaltensdimensionen betrifft, so ist die Entwicklung bei den älteren Kindern differenziert darzustellen. Schon die Abbildung 21 zeigt die verschiedene Entwicklung innerhalb der beiden Versuchsabschnitte. Im Abschnitt "homogene Gruppe" eine deutlich negative Entwicklung mit einem leichten Aufwärtstrend zu Ende des Versuchsabschnitts, im Abschnitt "heterogene Gruppe" Schwankungen, ohne eine Tendenz sehen zu können.

Abb. 21 Anpassungsreaktionen der älteren Kinder (Gesamtverhalten)



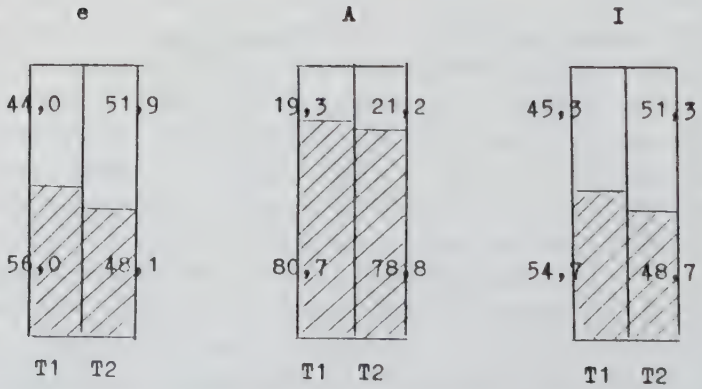
1) Die unterschiedlichen Abstände zwischen den Beobachtungsterminen sind durch Stundenausfälle (Ferien, Krankheit von mehr als zwei Kindern etc. verursacht).

Auch bei der Gruppe der älteren Kinder sind die Anpassungsreaktionen einer differenzierten Wertung zu unterziehen, umso mehr, als sich aus der Gesamtdarstellung noch kein endgültiges Bild ableiten läßt.

2.4.2.1. Homogene Gruppe

Die Differenzierung der Entwicklung in die Dimensionen des Verhaltens und in Situationen verschafft nun mehr Klarheit:
Bei der Entwicklung der Verhaltensäußerungen ergeben sich die folgenden Verläufe: (Abb. 22)

Abb. 22 Anpassungsreaktionen während des Versuchsabschnitts "homogene Gruppe", differenziert nach Dimensionen des Verhaltens (Ältere Kinder, in %)



(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: niedrigere Verhaltenswerte. Dichotomisierung in der Klasse 0)

e- emotionales Verhalten $0,05 < p < 0,1$
A- Aktivitätsbereitschaft $0,05 < p < 0,1$
I- Integrationsbereitschaft $0,05 < p < 0,1$ (u- Test)

T1: Erste Hälfte des Versuchsabschnitts
T2: Zweite Hälfte des Versuchsabschnitts

Abb. 23 Verhaltensänderungen während des Versuchsabschnitts "homogene Gruppe" im Mittelwertvergleich (Ältere Kinder)

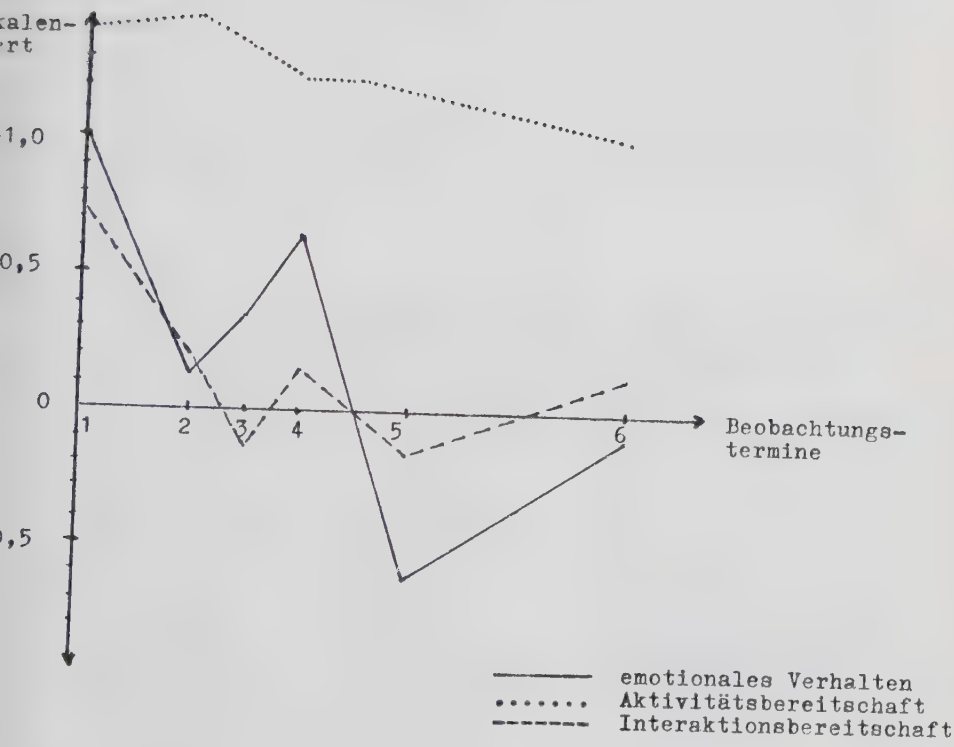
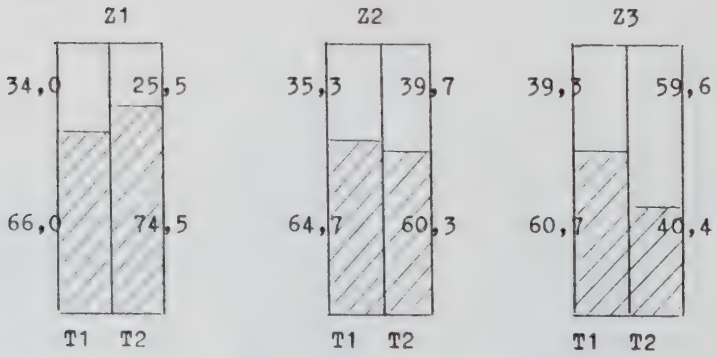


Abb. 22 zeigt die relativ geringfügigen Differenzen auf, die allerdings bei allen Dimensionen des Verhaltens in die gleiche Richtung zeigen. Wie eng die Verhaltensdimensionen hier zusammenhängen, zeigt noch deutlicher der Kurvenverlauf der differenzierten Verhaltensdimensionen; dabei zeigt sich deutlich die auch im Gesamtverhalten feststellbare Aufwärtstendenz gegen Ende des Versuchsabschnittes, hier allerdings insbesondere bei den Dimensionen "Integrationsbereitschaft" und "emotionales Verhalten". (Abb. 23, S. 230)

Die differenzierte Auswertung nach Situationen zeigt, daß die Anpassungsreaktionen unterschiedlich verlaufen. (Abb. 24)

Abb. 24 Anpassungsreaktionen während des Versuchsabschnitts "homogene Gruppe", differenziert nach Situationen (Ältere Kinder, in %)

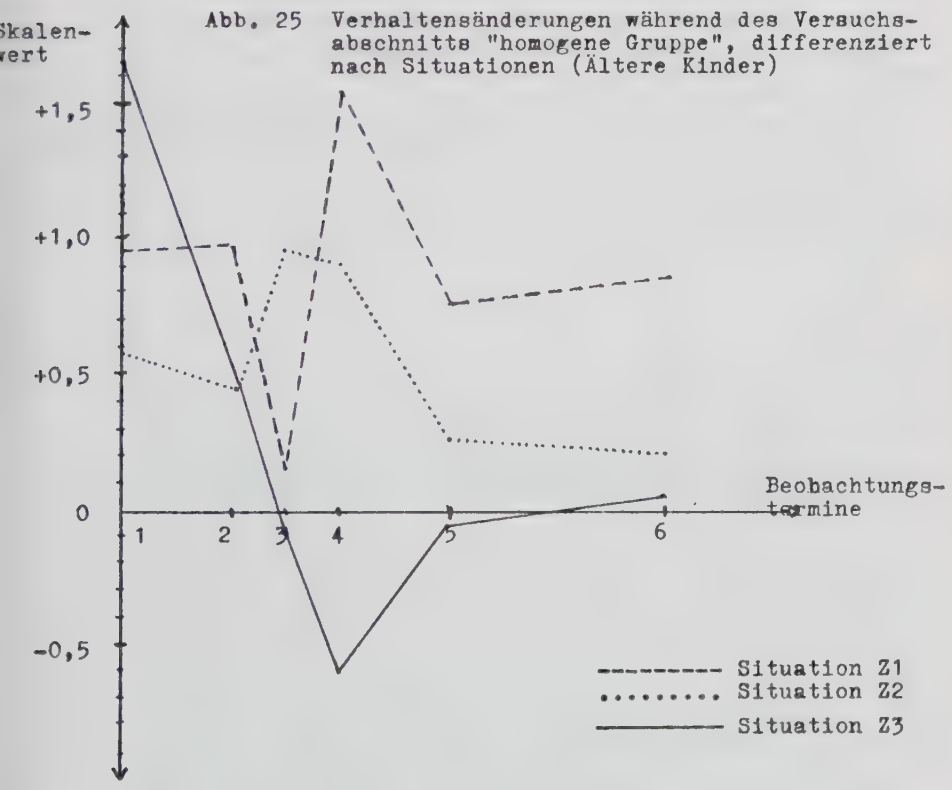


(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: Niedrigere Verhaltenswerte: Dichotomisierung in der Klasse 0)
u- Test, Z1: $p < 0,05$
Z2: $0,05 < p < 0,1$
Z3: $p < 0,01$

T1: Erste Hälfte des Versuchsabschnitts
T2: Zweite Hälfte des Versuchsabschnitts

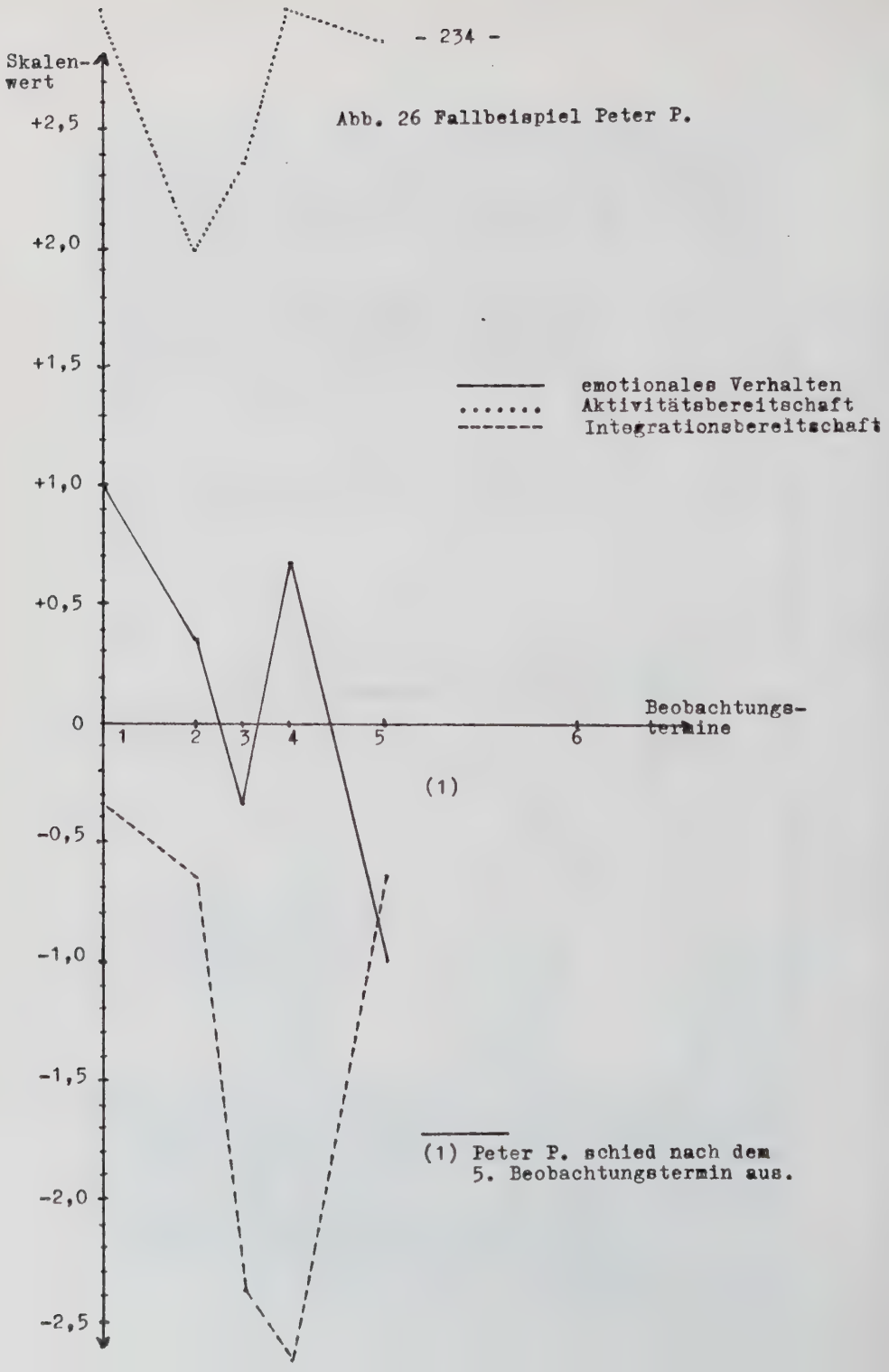
Wie die Entwicklung innerhalb der einzelnen Situationen nun tatsächlich verlief, läßt sich deutlicher durch den differenzierten Kurvenverlauf der Anpassungsreaktionen während der einzelnen Situationen darstellen. (Abb. 25)

Abb. 25 Verhaltensänderungen während des Versuchsabschnitts "homogene Gruppe", differenziert nach Situationen (Ältere Kinder)



Das Zusammenfassen der Verhaltensäußerungen aller Kinder verdeckt wiederum differentes Verhalten, v.a. das unterschiedliche Auftreten emotionaler Labilität und unterschiedliche Ausmaße von Aktivitäts- und Anpassungsbereitschaft der einzelnen Kinder. Die Darstellung typischer Fälle ist deswegen von besonderer Bedeutung für das richtige Verständnis der empirischen Befunde.

Abb. 26 Fallbeispiel Peter P.



(1) Peter P. schied nach dem 5. Beobachtungstermin aus.

Problematisch ist es allerdings, die Fallbeispiele als repräsentativ für das Verhalten von Untergruppen innerhalb der Gruppe der älteren körperbehinderten Kinder zu werten; sowohl die körperlichen Voraussetzungen (Schadensbild) als auch das Interesse an sportlicher Betätigung war bei den einzelnen Kindern derart verschieden ausgeprägt, so daß eines kaum mit dem anderen verglichen werden konnte. Wenn also typische Fälle und Ereignisse, die die Unterrichtssituation im Sport mit körperbehinderten Kindern dieser Altersgruppe problematisierten, an dieser Stelle beschrieben und analysiert werden, so ist dabei immer festzuhalten, daß die individuelle Verschiedenartigkeit, was Schaden und Motivierung zu sportlicher Betätigung betrifft, geradezu kennzeichnend für diesen Versuch war.

Abb. 26 zeigt die Verlaufskurven des Verhaltens von Peter P.

Peter P. hat eine mittelschwere Hemiplegie, wobei sich das Streckmuster des Armes auf der behinderten Seite besonders deutlich bemerkbar macht. Peter zeigte von Anfang an ein starkes Interesse am Sport/Sportunterricht, wozu nicht zuletzt beitrug, daß er schon mehrere Male in Einzeldisziplinen bei Behindertenwettkämpfen teilnahm.
Peter gilt als sehr gemeinschaftsschwieriges Kind, was auch im normalen Unterricht häufig durch Verhaltensprobleme, insbesonders in leistungsbetonten Situationen (Arbeiten) auffiel. Im Sportunterricht wollte Peter sich beweisen, wollte den anderen Kindern der Gruppe zeigen, daß er etwas kann. Er duldete keine Konkurrenten in Wettkampfsituationen. Nun passierte es gerade in diesen Situationen häufig, daß er von anderen oder der anderen Mannschaft überboten wurde, was bei ihm im Verlaufe des Versuches immer häufiger aggressive Handlungen bewirkte. Anfangs konnte er sich i.a. wieder fangen, in späteren Stunden entfernte er sich. Schließlich nahm er dann überhaupt nicht mehr an den Sportstunden teil. Der Kurvenverlauf zeigt diese Entwicklung recht deutlich. Durch die Abbildung werden auch die starken Verhaltensschwankungen deutlich, die bei Peter innerhalb von Stunden auftreten konnten, bewirkt v.a. durch emotionale Labilität und unterschiedliche Integrationsbereitschaft.

Abb. 27 Fallbeispiel Dieter F.

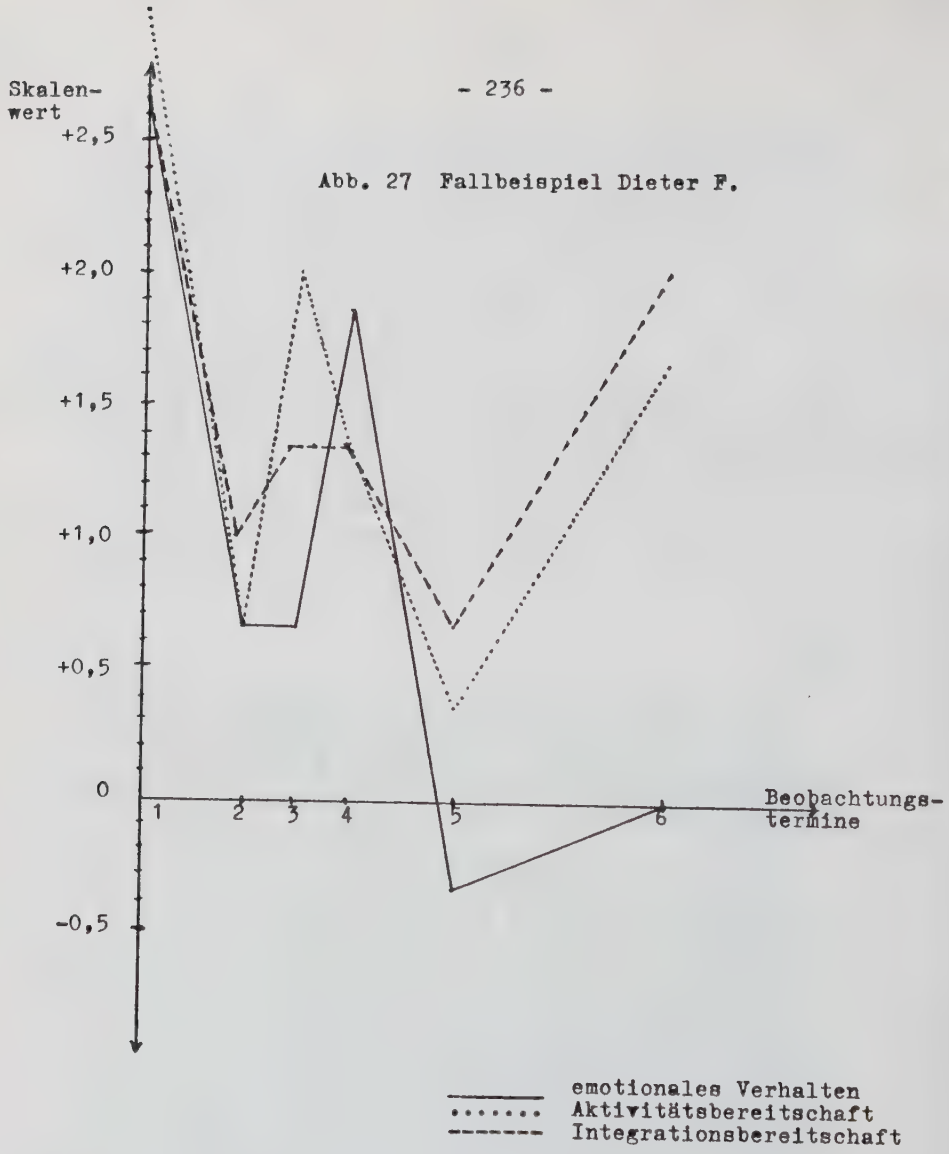


Abb. 28 Fallbeispiel Peter B.

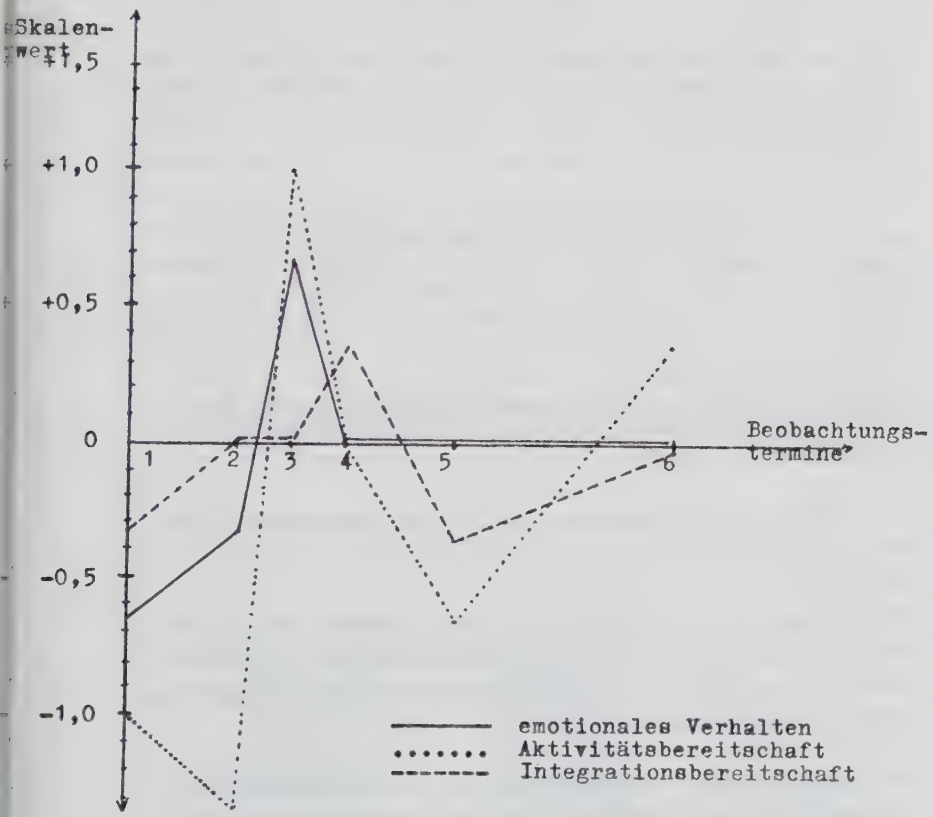


Abb. 27 zeigt die Verhaltensentwicklung bei Dieter F.:
Dieter ist ein relativ stark behindertes Kind, was die körperliche Schädigung (Paraplegie) betrifft:
Er ist sehr klein gewachsen (im Vergleich zum Durchschnitt der Altersgruppe) und v.a. stark in den Beinen behindert (Beugemuster).
Schon von Beginn an war Dieter, der auch im übrigen sehr sportinteressiert ist, ausgesprochen aktiv. Allerdings ließ gerade am Anfang des Versuchs die Beinbehinderung die Benachteiligung gegenüber anderen Kindern der Gruppe besonders offensichtlich werden, was sich bei ihm häufig durch Resignation bei Übungen und Wettkämpfen bemerkbar machte. Zudem beschränkten anfangs auch typische Überanstrengungsmerkmale (Krämpfe) seine Aktivitätsmöglichkeiten. Im Verlauf des Versuchs konnten solche Erscheinungen abgebaut werden, was sich dann in einer Stabilisierung des Verhaltens innerhalb des Unterrichtsablaufes zeigt.

Abb. 28 zeigt die Verhaltensentwicklung bei Peter B.:

Peter ist ein relativ leicht beinbehindertes Kind. Schwerer wiegen bei ihm die Perzeptionsstörungen sowie die Hör- und Sehschwächen. Peter kam zunächst mit der Anregungssituation Sport/Sportunterricht überhaupt nicht zurecht. Er war völlig inaktiv, lustlos. (Die niedrigen Verhaltenswerte resultieren vorwiegend aus der geringen Aktivitätsbereitschaft). Dieses Verhalten war in allen Situationen recht stabil, wenngleich zu Ende des Versuchsabschnittes eine leichte positive Veränderung feststellbar war.

Die Fallbeispiele können recht gut die unterschiedliche Ausgangssituationen für die einzelnen Kinder demonstrieren.
Während es sich bei Peter P. um ein hyperaktives, sehr schnell aggressives und gemeinschaftsschwieriges Kind handelt, ist Peter B. ein stark hypoaktives, angepaßtes, häufig regressives Kind.

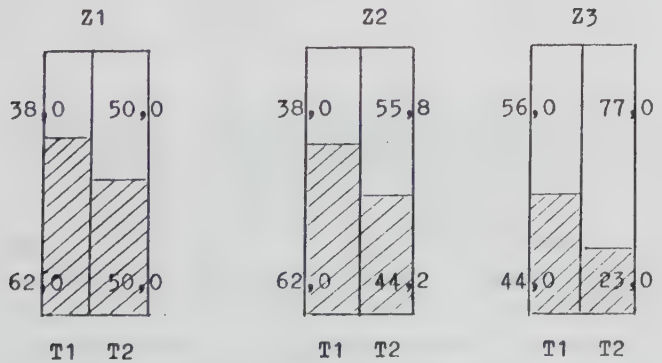
Bei Dieter dagegen waren derartige Verhaltensauffälligkeiten nicht so offensichtlich. Er reagierte aber i.a. sehr sensibel auf Problemsituationen innerhalb des Stundenablaufes bzw. der verschiedenen Stunden.

Die Abbildungen zeigen die insgesamt negative Tendenz, die sich im Verlauf des Versuches ergaben.
Da Peter P. nach dem 8.11. aus der Gruppe ausschied, kann angenommen werden, daß die leichte Verbesserung nach diesem Termin durch sein Ausscheiden bewirkt ist. Damit kann

aber auch gefragt werden, ob die Verhaltensbeeinflussung mehr durch bestimmte Kinder der Gruppe, die eine starke Position innehaben, hervorgerufen ist, als durch die Inhalte des Sports/Sportunterrichts.
Eine Beantwortung dieser Frage kann die Untersuchung des Versuchsabschnittes "heterogene Gruppe" liefern, bei dem Peter P. nicht mehr anwesend war.

Bei der Interaktionshäufigkeit konnten wir über diesen Versuchsabschnitt hinweg in allen Situationen des Unterrichts abnehmende Tendenzen feststellen. Besonders auffallend war dies in der Situation Z3, in der es, wie oben schon dargelegt, insbesondere auf mannschaftliches Zusammenwirken ankam, um zum Erfolg zu kommen. (1)
(Abb. 29)

Abb. 29 Veränderung der Interaktionsbereitschaft während des Versuchsabschnitts "homogene Gruppe" differenziert nach Situationen (Ältere Kinder, in %)



(Schraffiert: Höhere Interaktionsbereitschaft; weiß: geringere Interaktionsbereitschaft. Dichotomisierung in der Klasse 3) u- Test, Z1: $0,1 < p \leq 0,2$
Z2: $0,1 < p \leq 0,2$
Z3: $0,2 < p \leq 0,5$

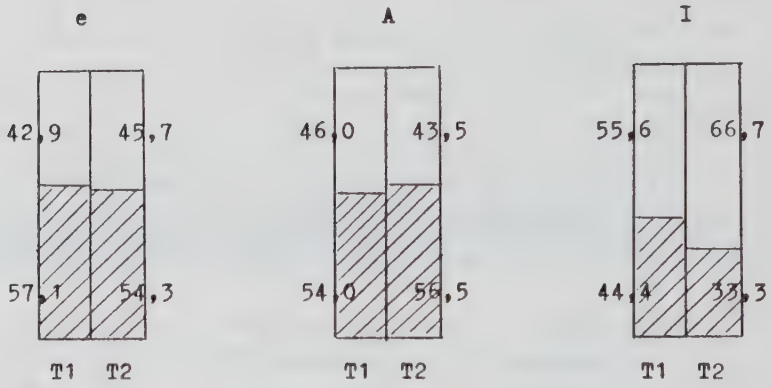
T1: Erste Hälfte des Versuchsabschnitts
T2: Zweite Hälfte des Versuchsabschnitts

1) Vgl. dazu auch: Abschnitt 2.2.2.

2.4.2.2. Heterogene Gruppe

Im Versuchsabschnitt "Heterogene Gruppe" sind nur geringfügige Veränderungen der Verhaltensreaktionen zu beobachten. (Abb. 30)

Abb. 30 Anpassungsreaktionen während des Versuchsabschnitts "heterogene Gruppe", differenziert nach Verhaltensdimensionen (Ältere Kinder, in %)



(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: Niedrigere Verhaltenswerte. Dichotomisierung in der Klasse +1)
u- Test e- emotionales Verhalten $p > 0,5$
A- Aktivitätsbereitschaft $p < 0,05$
I- Integrationsbereitschaft $p < 0,05$ (1)

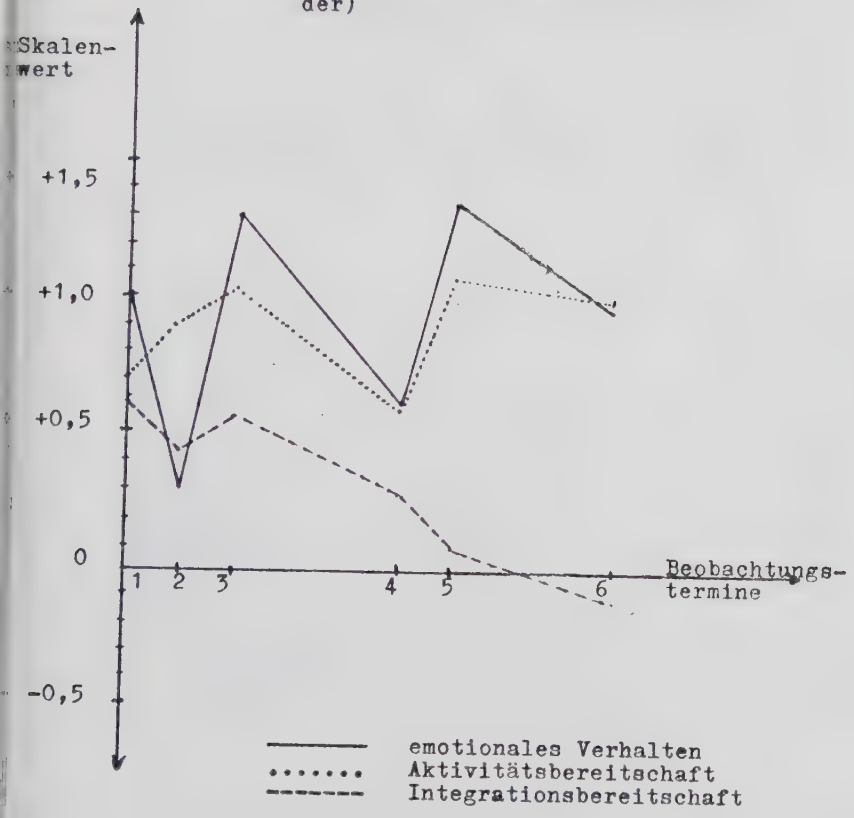
Nur die Veränderungen bezüglich der Dimension "Integrationsbereitschaft" scheinen bedeutsam, während emotionales Verhalten und Aktivitätsbereitschaft beim Vergleich der ersten und zweiten Hälfte dieses Versuchsabschnittes nur geringfügige Veränderungen zeigen.

Noch deutlicher wird dies bei der Betrachtung des Kurvenverlaufes der Verhaltensreaktionen. (Abb. 31)

---

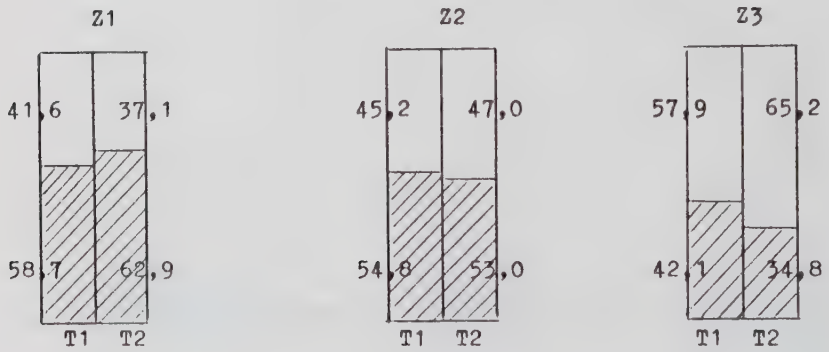
(1) T1: Erste Hälfte des Versuchsabschnitts
T2: Zweite Hälfte des Versuchsabschnitts

Abb. 31 Verhaltensänderungen im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe", differenziert nach Verhaltensdimensionen, im Mittelwertvergleich (Ältere Kinder)



Auch bei der Differenzierung nach Situationen ist das Ergebnis nicht besonders bemerkenswert, sieht man einmal davon ab, daß in Z1 eine leicht positive, in Z2 und Z3 dagegen leicht negative Veränderungen zu sehen sind. (Abb. 32)

Abb. 32 Anpassungsreaktionen während des Versuchsabschnitts "heterogene Gruppe", differenziert nach Situationen (Ältere Kinder, in %)



(Schraffiert: Höhere Verhaltenswerte, weiß: Niedrigere Verhaltenswerte. Dichotomisierung in der Klasse +1)
u- Test, Z1: $0,5 > p > 0,2$
Z2: $0,5 > p > 0,2$
Z3: $0,5 > p > 0,2$

T1: Erste Hälfte des Versuchsabschnitts
T2: Zweite Hälfte des Versuchsabschnitts

Interessant sind nun allerdings wiederum die tatsächlichen Geschehnisse und Entwicklungen, wie sie in verschiedenen Fallbeispielen im folgenden dokumentiert sind:

Abb. 33 zeigt den Verlauf von Anpassungsreaktionen bei Frank. Frank hat eine leichte Hemiplegie und geht auf die Normalschule. Er war, was die körperlichen Fähigkeiten betrifft, den anderen Kindern der Gruppe weit überlegen, er war sportlich sehr stark motiviert. Im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe" wollte sich Frank gegenüber den anderen körperbehinderten Kindern herausheben. Er interagierte fast ausschließlich mit

den nichtbehinderten Kindern, die an dem Versuch teilnahmen. Dabei wollte er diesen zeigen, daß er durchaus mit ihnen konkurrieren kann. Die Benachteiligung durch der körperlichen Schaden versuchte er oft durch überstarke Anstrengung, bei Gefahr des Nichtgelingens einer Aktion durch rücksichtsloses, häufig aggressives Verhalten gegenüber den anderen Kindern auszugleichen.
Frank kann, was die Verhaltensäußerungen betrifft mit Peter P. (Fallbeispiel "homogene Gruppe", Abb. 26) verglichen werden, wenn diese auch nicht ganz so extrem waren: Hohe Aktivität mit geringer Anpassungsbereitschaft, Schwankungen im emotionalen Verhalten.
Deutlich sichtbar auch: Die negative Tendenz im Verlauf des Versuchs.

Bei Dieter (Abb. 34) sind im Vergleich zum Versuchsabschnitt "homogene Gruppe" die Verhaltensäußerungen erheblich stabilisiert. Trotz seiner recht starken Behinderung war er insgesamt sehr aktiv, anpassungsbereit und nur noch sehr gering schwankend in seinen emotionalen Äußerungen.
Bei Dieter, der inzwischen auf die Normalschule geht, und der durch seine intellektuelle Überlegenheit gegenüber den anderen körperbehinderten Kindern eine besondere Stellung innerhalb der Gruppe einnahm - er wurde insbesondere auch von den nichtbehinderten Kindern akzeptiert, war auffallend, daß er trotz seiner schadensbedingten Probleme nie aufgab, bei Übungen und Spielen/Wettkämpfen sich voll einsetzte und sich über jeden kleinen Fortschritt besonders freute.
Dieter gab als einziger unaufgefordert seine Meinung zu dem Versuch, Sport/Sportunterricht mit nichtbehinderten Kindern zusammen zu betreiben, ab: Er beurteilte den Verlauf des Versuches aufgrund der körperlichen Benachteiligung und der mangelnden Einsicht der Nichtbehinderten, sich gegenüber den Körperbehinderten zurückzuhalten (v.a. im Wettkampf) als negativ.

Thomas H. (Abb. 35) hat eine Athetose, die ihn v.a. bei Konzentrationsübungen behindert. Thomas geht ebenfalls inzwischen auf die Normalschule.
Bei Thomas war sehr schnell die Resignation zu spüren, wenn er innerhalb der Gruppe nicht mehr konkurrieren konnte. V.a. in der Situation Z3 hatte er oft keine Lust mehr, mitzumachen, er hörte dann sehr schnell auf, entfernte sich und war dann nahe daran, überhaupt nicht mehr am Sport/Sportunterricht teilzunehmen. Dabei schwankten die Verhaltensäußerungen insgesamt, je nachdem, wie er sich der Situation anpaßte, relativ stark. Eine Tendenz ist nicht zu erkennen gewesen.

Bei Peter B. (Abb. 36), dessen Verhaltenswerte sich zwischenzeitlich offensichtlich insgesamt verbessert hatten (im Vergleich zum Versuchsabschnitt "homogene Gruppe") zeigt sich zunächst eine sehr negative Reaktion auf die gemeinsame sportliche Betätigung mit Nichtbehinderten. Peter wirkte sehr lustlos, inaktiv, nachdem er häufig übergangen und nicht beteiligt wurde. Auch er wollte schon nicht mehr teilnehmen, bevor sich eine deutliche Verhaltensverbesserung (25,4) zeigte. Allerdings konnte nicht weiter beobachtet werden, inwieweit sich die positiven Anpassungsreaktionen im letzten Beobachtungstermin stabilisierten, da Peter in den folgenden Stunden wegen Krankheit fehlte.

Abb. 33 Fallbeispiel Frank R.

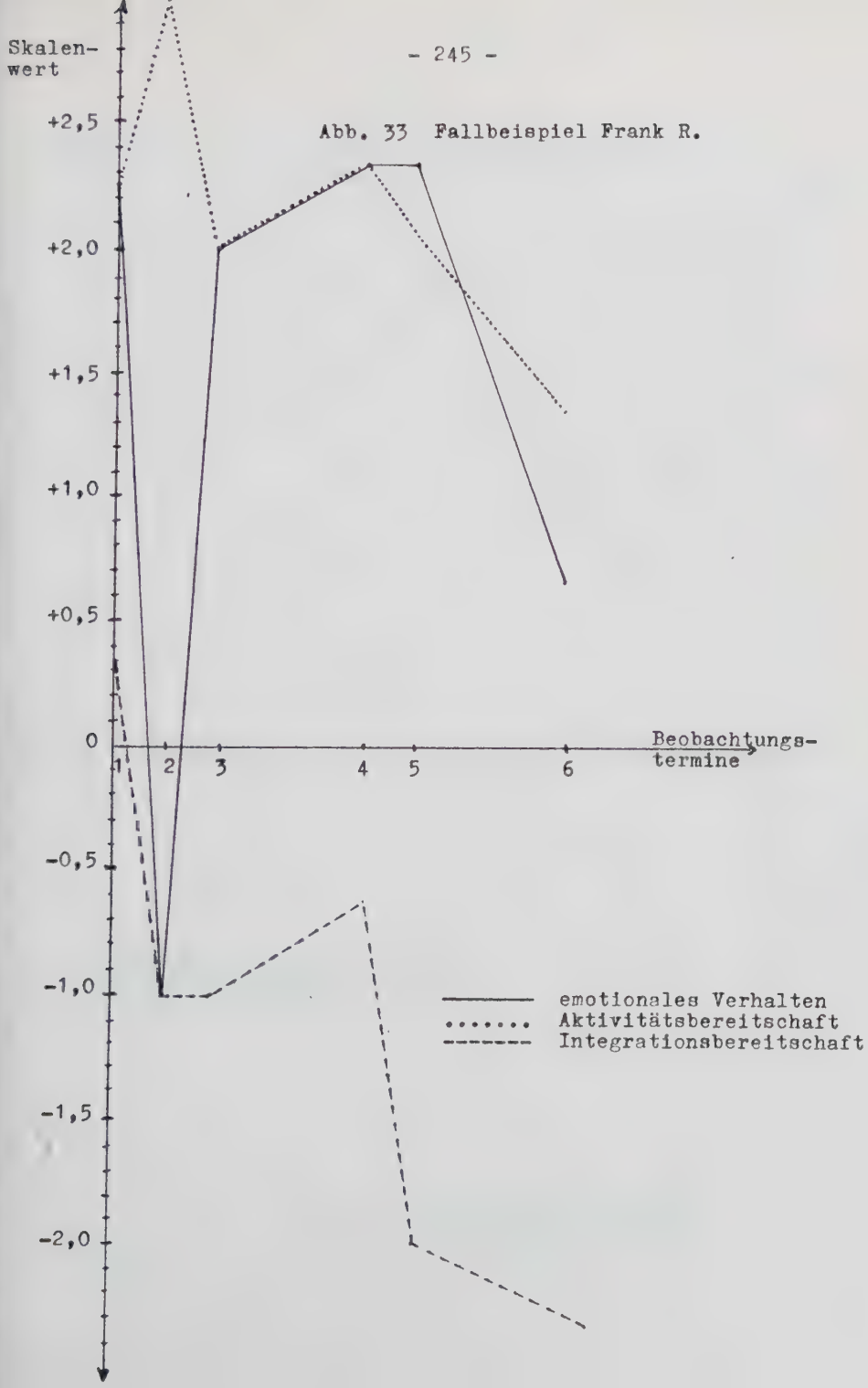


Abb. 34 Fallbeispiel Dieter F.

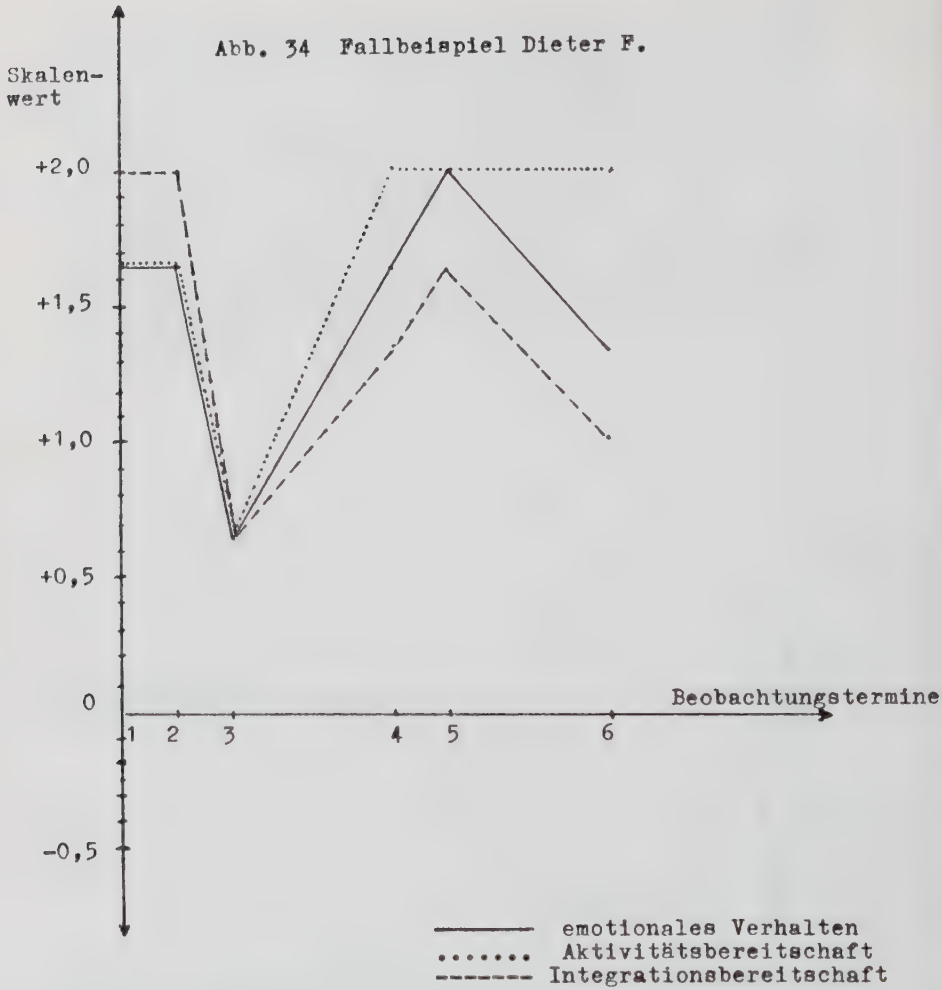


Abb. 35 Fallbeispiel Thomas H.

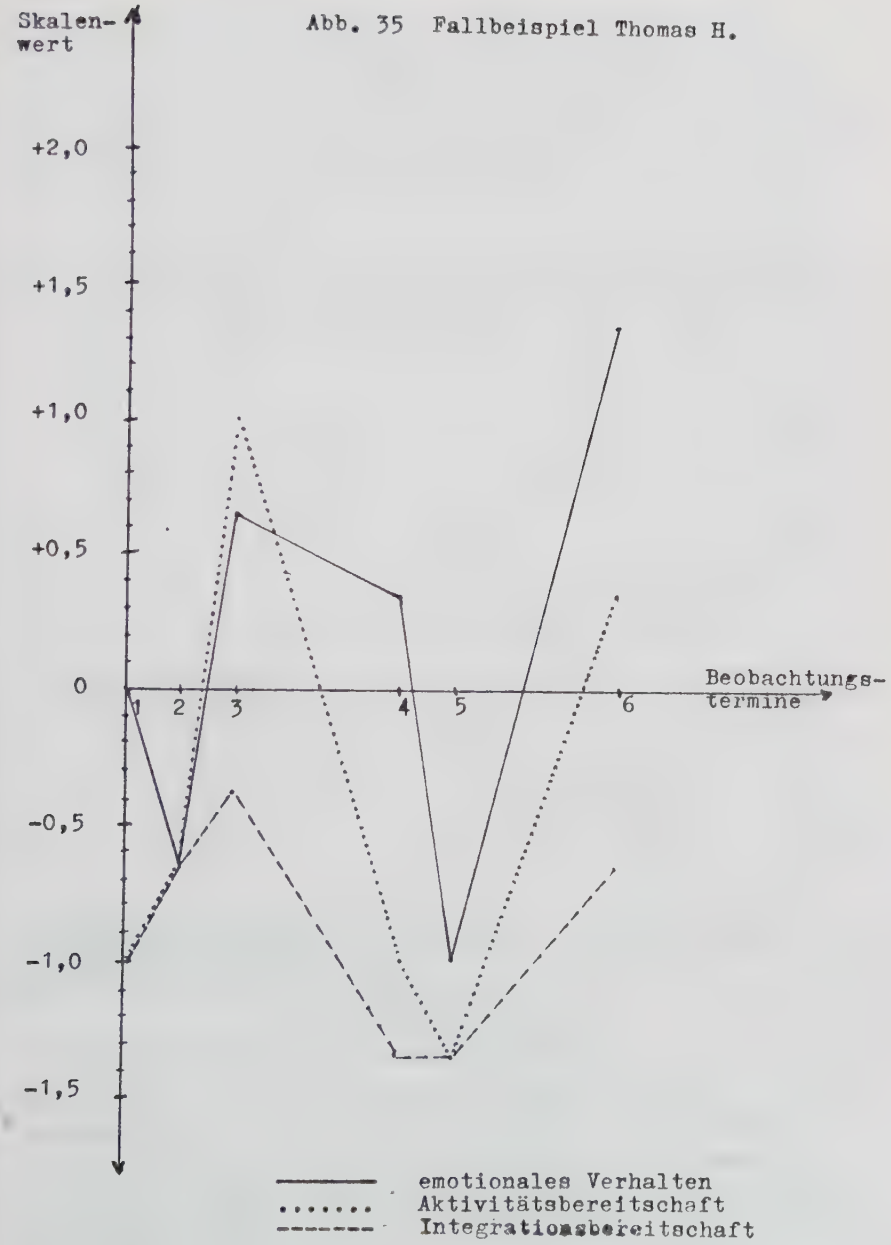
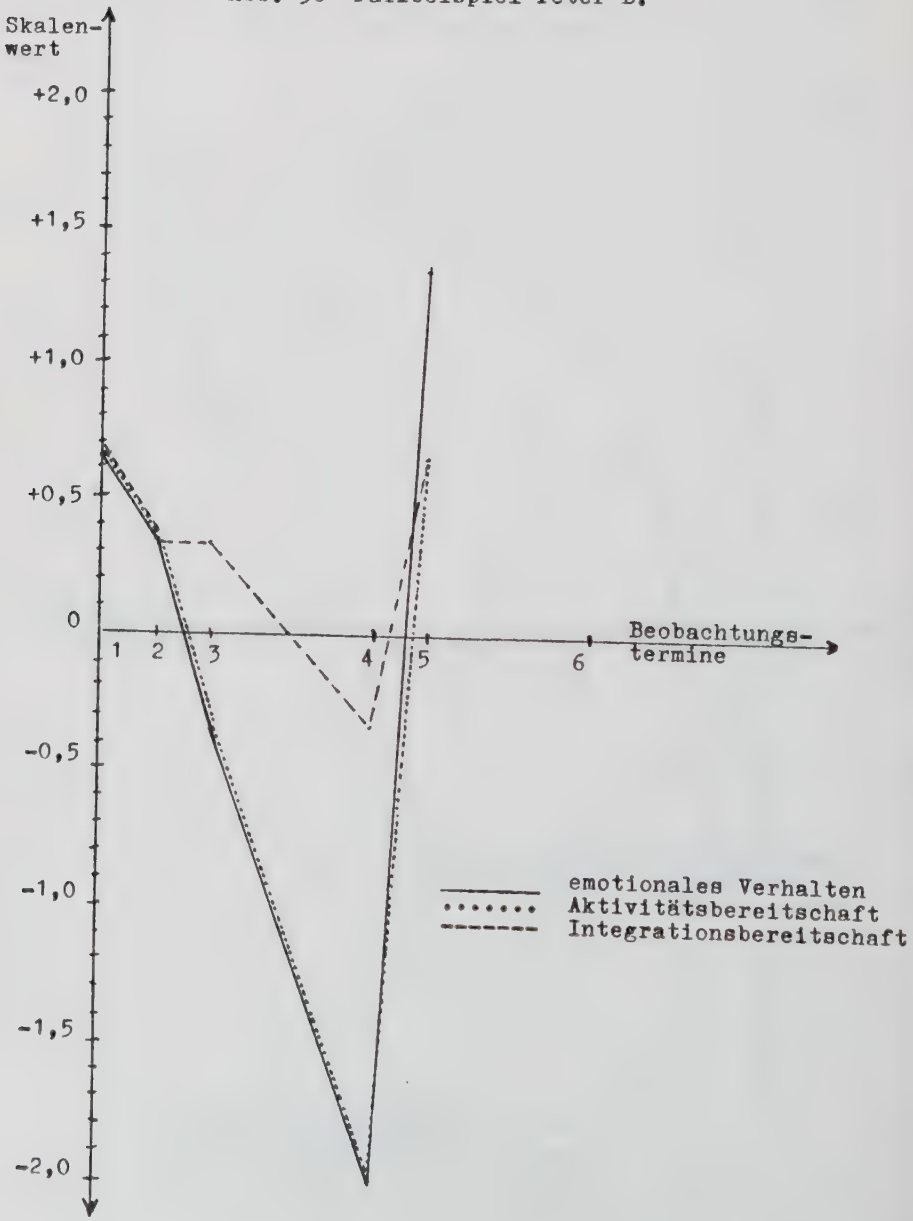
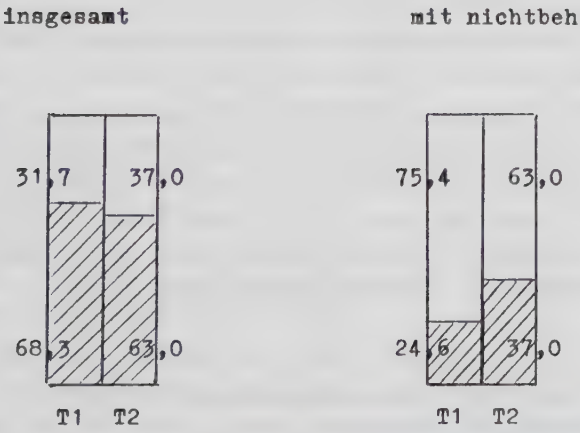


Abb. 36 Fallbeispiel Peter B.



Auch bei der Entwicklung der Interaktionsbereitschaft insgesamt kann keine nennenswerte Veränderung aufgewiesen werden. Auffallend allerdings ist, daß die Interaktionsbereitschaft mit Nichtbe hinderten innerhalb des Versuchszeitraumes signifikant zunahm. (Abb. 37)

Abb. 37 Veränderung der allgemeinen Interaktionshäufigkeit sowie der Interaktionshäufigkeit mit nichtbehinderten Kindern während des Versuchsabschnitts "heterogene Gruppe" (Ältere Kinder, in %)



(Schraffiert: Höhere Interaktionsbereitschaft, weiß: geringere Interaktionsbereitschaft. Dichotomisierung in der Klasse 3) u- Test
p (insgesamt) > 0,5
p (nichtbeh.) < 0,05
T1: Erste Hälfte des Versuchsabschnitts
T2: Zweite Hälfte des Versuchsabschnitts

Die Interaktionsbereitschaft mit nichtbehinderten Kindern innerhalb der Gruppe stieg während des Versuchs deutlich an. Betrug der Anteil an allen Interaktionen während der ersten Hälfte nur 36 %, so stieg er während des zweiten Teils auf über 54 % an allen beobachteten Interaktionen.

Die Darstellung der Fallbeispiele macht deutlich, wie schwierig eine Gesamtbeurteilung des Versuchsabschnittes "heterogene Gruppe" durchzuführen ist. Aufgrund des Versuchsablaufes, wie er sich auch in der Abbildung 21 zeigt, ist eher eine negative als positive Wertung abzugeben. Die relative Kürze dieses Versuchsabschnittes bedingt es aber, mit einem endgültigen Urteil vorsichtig zu sein. Die starken Verhaltensschwankungen der körperbehinderten Kinder innerhalb der verschiedenen Unterrichtsstunden lassen nämlich keine eindeutige Tendenz erkennen. Vermehrt ergaben sich Integrationsprobleme in Spiel/Wettkampfsituationen, in welchem die körperbehinderten Kinder gegenüber den nichtbehinderten Kindern nicht konkurrieren konnten, die nichtbehinderten Kinder aber vergaßen, daß sie es mit behinderten Kindern zu tun hatten und ihre körperlichen Vorteile voll ausspielten.

Erstaunlich ist allerdings die signifikante Verbesserung der Interaktionshäufigkeit zwischen körperbehinderten und nichtbehinderten Kindern während dieses Versuchsabschnittes. Diese Verbesserung beschränkte sich dabei im wesentlichen auf die Situationen Z1/Z2, in welchen der sportliche Leistungsanspruch nicht oder nicht so sehr in den Vordergrund trat.

2.4.2.3. Zusammenfassung: Anpassungsreaktionen bei den älteren Kindern

Konnten bei der Gruppe der jüngeren Kinder die Anpassungsreaktionen - was sowohl den gesamten Versuchszeitraum als auch die einzelnen Versuchsabschnitte betrifft - insgesamt als positiv beurteilt werden, so müssen bei der Gruppe der älteren Kinder die differenzierten Anpassungsreaktionen als wesentliches Ergebnis festgehalten werden.

In Situationen mit sehr geringem Leistungsanspruch an die körperlichen Fähigkeiten, in der Untersuchung standardisiert in der Situation Z1, können insgesamt positive

Veränderungen in den Verhaltensäußerungen vermerkt werden. Dies betrifft sowohl den gesamten Versuchszeitraum als auch die zwei Versuchsabschnitte für sich.
Während in der Situation Z2 keine wesentlichen Veränderungen zu sehen sind, zeigt die Auswertung, daß sich der verhältnismäßig hohe Anspruch, der in Z3 (Spiel/Wettkampf) an die körperlichen Fähigkeiten der Kinder gestellt wurde, insgesamt im Verlauf des Gesamtversuchs als auch in den einzelnen Versuchsabschnitten nachteilig auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder auswirkte. Die differenzierten Anpassungsreaktionen haben, wie auch bei den jüngeren Kindern, im Versuchsabschnitt "homogene Gruppe" ein stärkeres Ausmaß als im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe".

Die Differenzierung in die Dimensionen des Verhaltens zeigt, daß positive Veränderungen über den gesamten Versuchszeitraum wesentlich durch die Verbesserung in der Dimension "emotionales Verhalten", negative Veränderungen durch die Entwicklung in der Dimension "Aktivitätsbereitschaft" bewirkt sind.
Innerhalb der Versuchsabschnitte ist dagegen nur die Abnahme der "Integrationsbereitschaft" (Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe") bedeutsam.

Die Interaktionshäufigkeit zeigt innerhalb des Gesamtversuchszeitraumes eine starke Zunahme. Die Entwicklungen innerhalb der Versuchsabschnitte (jeweils: leichte Abnahme) weisen aber darauf hin, daß die Zunahme der Anzahl durch die Vergrößerung der Gruppe (nichtbehinderte Kinder) ausgelöst ist und insofern nicht als Anpassungsreaktion durch Sport/Sportunterricht gewertet werden kann.
Innerhalb des Versuchsabschnittes "heterogene Gruppe" vermehrte sich bei relativ gleichbleibender allgemeiner Interaktionshäufigkeit der Anteil der Interaktionen mit nichtbehinderten Kindern deutlich. Die Zunahme an Interaktionen mit den nichtbehinderten Kindern deutet auf Möglichkeiten hin, die sich zur sozialen Kontaktaufnahme durch Sport/Sportunterricht bei entsprechender Bereitschaft Nichtbehinderter ergeben können.

3. Zusammenfassung der Ergebnisse des Versuchs

An dieser Stelle seien noch einmal die wichtigsten Einzelergebnisse zusammengefaßt:

1. Wirkung des Lehrerverhaltens auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder

   Die Wirkung des Lehrerverhaltens, differenziert in die Dimensionen "Wertschätzung/Wärme/Zuneigung" und "Lenkung/Dirigierung/Kontrolle" wurde korreliert mit den Verhaltensäußerungen von körperbehinderten Kindern verschiedener Altersgruppen im Sport/Sportunterricht, differenziert in die Dimensionen "emotionales Verhalten", "Aktivitätsbereitschaft", "Integrationsbereitschaft" und "Interaktionshäufigkeit". Die Zusammenhänge zwischen Lehrerverhalten und Verhalten der körperbehinderten Kinder waren zwar signifikant ($p < 0{,}01$), die Werte der errechneten Korrelationskoeffizienten aber zu niedrig, als daß angenommen werden kann, daß das Verhalten der körperbehinderten Kinder wesentlich durch ein bestimmtes Lehrerverhalten ausgelöst wurde. Das Ergebnis wurde problematisiert.

2. Der Einfluß unterschiedlichen Leistungsanspruchs im Sport/Sportunterricht auf das Verhalten der körperbehinderten Kinder

   Ein unterschiedlicher Leistungsanspruch an körperliche Fähigkeiten und Fertigkeiten bei sportlicher Betätigung wurde innerhalb des Unterrichtsablaufes in drei Stufen Situationen standardisiert:
   - Situation Z1: Selbsttätigkeit, Selbstbeschäftigung (kein Leistungsanspruch)
   - Situation Z2: Erwärmung/Übung (geringer bis mittlerer Leistungsanspruch)
   - Situation Z3: Spiel/Wettkampf (relativ hoher Leistungsanspruch durch vergleichsorientierte sportliche Betätigung)

Dabei zeigten sich sowohl insgesamt als auch bei der Differenzierung nach Altersgruppen beachtenswerte Ergebnisse:

- Verhalten und Interaktionshäufigkeit differierte je nach Situation signifikant. In Z2 wurden die höchsten Werte ermittelt, in Z3 die niedrigsten.
  Bei der Differenzierung nach Altersgruppen tritt hierbei allerdings eine Verschiebung auf:
- jüngere Kinder: Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede im Verhalten bezüglich der Situationen
- ältere Kinder: Die Auswertung der Beobachtungsdaten zeigt eine deutliche Zunahme negativer Verhaltensäußerungen in Situationen mit stärkerem Leistungsanspruch ($p < 0{,}001$)

3. Das Verhalten körperbehinderter Kinder in Gruppen zusammen mit nichtbehinderten Kindern beim Sport/ Sportunterricht (heterogene Gruppe)

Der Vergleich zeigt, daß die Verhaltenswerte in heterogenen Gruppen deutlich höher liegen als in homogenen Gruppen ($p < 0{,}01$). Bei der Differenzierung in Altersgruppen zeigt sich, daß diese Verbesserung der Werte vornehmlich für die Gruppe der älteren Kinder zutrifft, während bei den jüngeren Kindern keine signifikante Verbesserung beobachtet wurde.
Die Differenzierung in Situationen zeigt, daß die älteren Kinder sensibler auf unterschiedlichen Leistungsanspruch

4. Anpassungsreaktionen

- Gesamter Versuchszeitraum

- jüngere Kinder:
  Bei den jüngeren Kindern zeigt sich eine stark positive Wirkung der sportlichen Betätigung auf die Verhaltensäußerungen, welche in unterschiedlichem Ausmaß sowohl die einzelnen Dimensionen des Verhaltens als auch die Interaktionshäufigkeit betrifft.

- ältere Kinder:
  Die Anpassungsreaktionen bei den älteren Kindern sind durch die differenzierten Verhaltensänderungen zu kennzeichnen:
  Situationen: Z1: positive Veränderung
  Z2: keine Veränderung
  Z3: negative Veränderung

  Verhaltensdimensionen:
  - emotionales Verhalten: positive Veränderung
  - Aktivitätsbereitschaft: negative Veränderung
  - Integrationsbereitschaft: keine Veränderung

  Die Interaktionshäufigkeit vermehrte sich signifikant.

- Teilversuche

- jüngere Kinder:
  Hier ergaben sich im wesentlichen dieselben Entwicklungen wie im Gesamtversuch, allerdings abgeschwächt im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe". Die Interaktionshäufigkeit im Teilversuch "heterogene Gruppe" blieb konstant. (Sowohl insgesamt als auch im besonderen mit nichtbehinderten Kindern.)

- ältere Kinder: Auch hier wurden im wesentlichen dieselben Entwicklungen wie im Gesamtzeitraum in abgeschwächter Form sichtbar.

  Im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe" wurde eine deutliche Abnahme der Integrationsbereitschaft sichtbar. Dagegen erhöhte sich die Interaktionshäufigkeit mit nichtbehinderten Kindern bei gleichbleibender Gesamtinteraktionshäufigkeit signifikant.

Schlußdiskussion

1. Der körperliche Schaden in seiner Relevanz für Lebensbedingungen und Verhalten von Körperbehinderten

Ansatz unser Untersuchung war, daß der körperliche Schaden tiefgreifend die Lebensbedingungen und das Verhalten von Körperbehinderten beeinflußt. In Zusammenfassung der Ausführungen im 1. Teil der Arbeit können theoretisch zwei Ursachenketten aufgezeigt werden:

a) Der körperliche Schaden beeinflußt direkt die Möglichkeiten zu motorischer Entwicklung; dies betrifft insbesondere Körperbehinderte mit angeborenen Schäden; damit hat der Körperbehinderte - je nach Art und Schwere des Schadens differierend - nur begrenzte Möglichkeiten, motorische Umwelterfahrungen zu erwerben, seine Handlungsfähigkeit ist eingeschränkt. Infolge der Einschränkungen beim Erwerb motorischer Umwelterfahrungen entsteht zudem ein kognitives Defizit, das kumulativ zusätzlich Funktions- und Handlungsfähigkeit des Körperbehinderten negativ beeinflußt.

b) Die körperliche Behinderung, genauer: der sichtbare und erfahrbare körperliche Schaden wird als Stigma, d.h. sozial relevantes negativ definiertes Merkmal empfunden und eingeschätzt und ist sowohl für den nichtbehinderten als auch den behinderten Interaktionspartner verhaltensbeeinflussend.
Vermittelt durch die Stigmatisierung, die beim körperbehinderten Kind mit angeborenem Schaden schon von Geburt an im Sozialsystem Familie sozialisations- und damit auch verhaltensrelevant wird, beeinflußt der Körperschaden indirekt die Handlungsmöglichkeiten des Körperbehinderten. Dabei wirken sowohl die primären und sekundären Interaktionspartner als auch die Gesellschaft insgesamt - etwa in der Art und Weise, wie Körperbehinderte aus der Öffentlichkeit ausgeschlossen werden -

daran mit, den Stigmatisierungsprozeß fortschreiten zu lassen.

Das sogenannte "Identitätskonzept" des symbolischen Interaktionismus bietet nun eine Möglichkeit, die möglichen Folgen der Stigmatisierung für die Identität und damit dem Verhalten theoretisch aufzuzeigen.

Durch die Stigmatisierung ist die Balance zwischen "personaler" und "sozialer" Identität gefährdet. Dabei unterschieden wir wesentlich zwischen den Stigmatisierungs-Wirkungen bei schwerer und leichter Körperbehinderten:
Dadurch, daß der schwerer Behinderte kaum Möglichkeiten besitzt, selbständig außerhalb seines sozialen Kontextes - Familie und Rehabilitationsinstitutionen - Kontakte bzw. Interaktionen aufzunehmen, kann die Übernahme der Sonderrolle eines Behinderten innerhalb dieses begrenzten sozialen Zusammenhanges Grundlage zur Herausbildung einer stabilen Ich-Identität sein. Ein Heraustreten aus diesem sozialen Rahmen würde die Identitätsbalance gefährden, da die Anforderungen einer sozialen Identität ("Scheinnormalität") nicht erfüllt werden könnten.

Problematischer dagegen ist die Position eines leichter Körperbehinderten: Die durch geringere motorische Einschränkung bewirkte erhöhte Handlungsfähigkeit macht es leichter Körperbehinderten möglich, in erweitertem Maße auch selbständig Kontakte un Interaktionen mit der nichtbehinderten "normalen" Umwelt aufzunehmen. Identitätstheoretisch kann diese "Marginalsituation", also die Position des leichter Körperbehinderten zwischen Behindertengruppe und Normalgruppe, mit einer "zweistufigen" Identität gedeutet werden: Würde der leichter Körperbehinderte wie der schwerer Körperbehinderte im sozialen Kontext von Familie und Rehabilitation verbleiben und die Sonderrolle akzeptieren, wäre in diesem Rahmen die Möglichkeit zur Herausbildung einer stabilen Ich-Identität vorhanden.

Die erhöhten Handlungsmöglichkeiten auf der einen Seite, das Interesse von Familie und Rehabilitation, ihm soweit wie möglich Selbständigkeit, d.h. "Normalität" zu vermitteln, ihn in die Gesellschaft der Nichtbehinderten zu integrieren, macht es notwendig, daß sich die Gewinnung sozialer Identität an den Normen der Nichtbehinderten orientiert. Dies wiederum macht es nötig, Merkmale seiner persönlichen Identität, die eben durch den Körperschaden erzeugt sind, zu unterdrücken. Der leichter Körperbehinderte muß also zwischen zwei Identitätsebenen balancieren.

Erklärbar werden aufgrund dieser Überlegungen die Verhaltensprobleme, die insbesondere bei den leichter Körperbehinderten zu beobachten sind.

Nun könnte aufgrund der dargestellten Differenzierung vermutet werden, daß zwei Verhaltensentwicklungen unvermittelt nebeneinanderstehen, d.h. direkte und indirekte Kausalität von Körperschaden zu Sozialisation und Verhalten getrennt sind. Es muß dagegen nun aber darauf hingewiesen werden, daß diese Unterteilung nur das Ziel der Systematisierung und Gewinnung von Übersichtlichkeit zum Zusammenhang zwischen Körperschaden und Sozialisation bzw. Verhaltensentwicklung im Auge hatten.
Wie in der Darstellung des Sozialisationsprozesses von Körperbehinderten angestrebt, sollte nämlich aufgewiesen werden, wie eng der Bedingungszusammenhang zwischen motorischer, kognitiver und emotionaler Entwicklung ist; das Aufzeigen eben dieser Interdependenz der Kausalitäten und damit die Komplexität der Entwicklungsbedingungen ist nämlich wesentlich für eine theoretische Grundlegung einer sinnvollen Arbeit mit Körperbehinderten.

2. Theoretische Probleme in der Rehabilitationsarbeit mit Körperbehinderten

Wird die direkte Kausalitätskette - Körperschaden beeinflußt direkt und unvermittelt die Entwicklung - als entscheidender oder einziger Bedingungszusammenhang für die Lebensprobleme von Körperbehinderten angenommen, so muß die Rehabilitationsarbeit im wesentlichen auf die "funktionelle" Wiederherstellung, d.h. vollständige oder weitest mögliche Behebung des Körperschadens ausgerichtet sein. Dies kann nur durch medizinische Maßnahmen der Rehabilitation - Operation und medizinische Therapie - geschehen.

Wird dagegen die indirekte Kausalitätskette bevorzugt, so werden konsequenterweise die Maßnahmen auf dem pädagogisch-psychologisch-soziologischen Sektor die Rehabilitationsarbeit bestimmen.

Für beide Ansichten gibt es nun gewichtige Argumente:
Die Befürworter einer an der Medizin ausgerichteten Rehabilitation stellen in den Vordergrund, daß der Körperschaden Ausgangspunkt aller Probleme von Körperbehinderten ist; wird dieser so weit als möglich oder vollständig behoben, so lösen sich entsprechend auch die anderen Probleme.
Die Befürworter einer an den pädagogisch-psychologisch-soziologischen Maßnahmen orientierten Rehabilitation dagegen führen an, daß i.a. der körperliche Schaden nie vollständig behoben werden kann, d.h. auch immer sozialrelevant bleibt. Deswegen ist es wichtiger, dem Körperbehinderten auf anderen Gebieten die Möglichkeiten zu verschaffen, seine Lebensbedingungen zu verbessern.

Vernünftigerweise wird man nun sagen, daß beide Ansichten in einer sinnvollen Rehabilitationsarbeit kombiniert zu einer optimalen Lösung führen müßten. Wer allerdings die Situation kennt, weiß, da in diesem Problembereich der Zeitfaktor eine gewichtige Rolle spielt. Um nämlich

nur annähernd alle für notwendig erachteten Maßnahmen durchführen zu können, müßte der Tag mehr als 24 Stunden haben, der Körperbehinderte würde zu Rehabilitierungsmaschine ohne Freizeit und Schlaf. Es entsteht also das Problem, welchen Schwerpunkt man der Rehabilitationsarbeit mit Körperbehinderten gibt, das wiederum ist abhängig davon, welchen der oben dargestellten Ansatzpunkte man dafür wählt.

Ein Beispiel für die Koordinierung beider Ansatzpunkte einer Rehabilitationsarbeit mit Körperbehinderten ist Schönbergers "Sektorenmodell der Rehabilitation", bei welchem in Teamarbeit, ausgehend von den Problemen der Körperbehinderten selbst die Schwergewichte je nach Anspruch verteilt werden, ein Modell allerdings, das einen gewaltigen Umdenkungsprozeß in der Rehabilitationsarbeit erfordert.

3. Sport als Rehabilitationsmaßnahme

Während der Versehrtensport als Rehabilitationsform - hier v.a. bei Kriegsversehrten oder Unfall-Versehrten - fast schon Tradition ist, besteht noch Unsicherheit darin, wie Sport bei angeborenen Körperbehinderungen, insbesondere der häufigsten Ausprägung, der Cerebralparese, sinnvoll in die Rehabilitationsarbeit eingegliedert werden kann. Man befindet sich hier noch weitgehend im Stadium der Erprobung, Ergebnisse liegen bisher nur sehr vereinzelt vor.

Schon einleitend wurde auf mögliche allgemeine Funktionen des Sports zur Verbesserung der Lebensbedingungen Körperbehinderter eingegangen. (Vgl. Einleitung, 1.1.) Nun läßt sich Sport zunächst nicht a priori einer bestimmten Seite der Rehabilitationsarbeit - der mehr medizinisch oder der mehr pädagogisch-psychologisch-soziologischen Ausrichtung - zuordnen. Es gibt nämlich beim Sport mit Körperbehinderten sowohl die Möglichkeit, diesen funktio-

nal-therapeutisch im Sinne einer medizinischen Therapie zur Verbesserung von Bewegungsfunktionen als auch im Sinne einer Sozialtherapie zur Verbesserung des Sozialverhaltens oder der sozialen Integration einzusetzen.

Die Frage, die sich hier in allgemeiner Weise stellt, ist, ob sich prinzipiell Ziele des Sports mit denen der Rehabilitationsarbeit sinnvoll vereinbaren lassen. Während die Zielsetzung des Sports, technische Fertigkeiten und allgemeine körperliche Fähigkeiten zu verbessern, wohl keine Probleme aufwirft, so ist es schon schwieriger, die Leistungskomponente im Sport, die sich im Leistungsvergleich, im Wettkampf realisiert, mit der Rehabilitationsarbeit zu vereinbaren. Daß dieses Leistungsprinzip des Sports mit Körperbehinderten - etwa den sogenannten Spastiker-Spielen - praktiziert wird, besagt noch lange nicht, daß damit die Vereinbarkeit von Sport (mit dem Gewicht auf der Leistungskomponente) und Rehabilitationsarbeit gelungen sei. Vielmehr pervertiert sich gerade in diesen Wettkämpfen das Leistungsprinzip im Sport insofern, als durch die Vielzahl unterschiedlicher Schadens- und Behinderungsformen in Quantität und Qualität ein Leistungsvergleich - trotz einer komplizierten Einteilung in Schadensklassen - sich von vorneherein von selbst verbietet.

Die Kritik an der Vereinbarkeit von leistungsbezogenem, d.h. Wettkampfsport mit Körperbehinderten und Rehabilitationsarbeit läßt sich derzeit noch nicht empirisch begründen. Eigenen Erfahrungen bei derartigen Veranstaltungen zufolge muß bezweifelt werden, ob die so positiven Berichte von und über solche Veranstaltungen tatsächlich der Realität entsprechen, d.h. auch insbesondere mit den Eindrücken und Meinungen der Behinderten selbst übereinstimmen.

Ist es zudem notwendig, daß Körperbehinderte, die schon gegenüber Nichtbehinderten benachteiligt sind und diese Benachteiligung deutlich zu spüren bekommen, sich auch noch untereinander in Konkurrenzsituationen ihre Mängel vor Augen führen?
Welche Möglichkeiten der Sportausübung erscheinen nun sinnvoll?

Eine Form, die gewählt werden kann, ist die in Anlehnung an die medizinische Therapie (Krankengymnastik) konzipierte Sporttherapie: Hier sind Sportarten ausgesucht worden, die funktionell zur Verbesserung abweichender Bewegungsmuster eingesetzt werden (Radfahren, Skilaufen auf Rollen, Reiten. Wie die Krankengymnastik ist die Anwendung von Sport hier auf den Einzelschaden ausgerichtet, es sind Individualsportarten.

Während in dieser Form der Sport i.w. nur der funktionellen Anwendung dient, war unsere empirische Untersuchung darauf angelegt, zu fragen, welche Wirkungen Sport - in Gruppen ausgeübt - im Hinblick auf die Erlernung sozialer Verhaltensweisen bzw. Abbau auffälliger Verhaltensweisen hervorbringen kann.

4. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung und ihre mögliche Bedeutung für Therapie und Rehabilitation

4.1. Leistungsforderung und Probleme des Verhaltens

Wie deutlich gezeigt werden konnte, reagierten die körperbehinderten Kinder der beiden verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich auf die untersuchungsrelevante Variable "Anforderung an die körperliche Leistungsfähigkeit". Dabei intereessierte insbesondere, welche Veränderungen über den gesamten Versuchszeitraum als auch während der Teilabschnitte zu beobachten waren.

- Bei der Gruppe der jüngeren Kinder zeigten sich im Gesamtversuch als auch während der Teilversuche uneingeschränkt positive Veränderungen, wobei im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe" zunächst negative Anpassungsreaktionen zu beobachten waren. Sportliche Betätigung in der Form wie sie als neuartige Anregungssituation in den Versuchen für die beteiligten Kinder erstmals unternommen wurde, scheint sich demnach zur Verbesserung auffallenden Verhaltens in den beobachteten Dimensionen:
  - emotionales Verhalten
  - Aktivitätsbereitschaft
  - Integrationsbereitschaft

  sowie der Interaktionshäufigkeit besonders gut zu eignen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, daß erworbene auffallende Verhaltensmuster, wie sie bei den verschiedenen Kindern schon beobachtet wurden, offensichtlich noch nicht so manifest sind, als daß sie neuartigen Anregungssituationen, wie sie die sportliche Betätigung darstellte, gegenüber resistent wären. Auffallend ist auch, daß bei dieser Gruppe der jüngeren körperbehinderten Kinder kein situationsspezifisch differentes Verhalten zu beobachten war. Es kann angenommen werden, daß die Kinder in dieser Altersgruppe mit der körperlichen Betätigung im Sport noch keine bestimmten (Leistungs)-ansprüche verbinden.

  Allerdings muß hier angeführt werden, daß, altersbedingt, die Differenz im Anspruchsniveau nicht so bedeutend war wie bei der Gruppe der älteren Kinder.

- Dagegen sind die Ergebnisse der Versuche der Gruppe der älteren Kinder hinsichtlich ihrer Bedeutung für die therapeutische Praxis einer differenzierten Wertung zu unterziehen.
  Wie sich zeigte, reagieren die älteren Kinder insgesamt in leistungsbetonten Spiel/Wettkampfsituationen, wie sie in den Unterrichtsstunden simuliert wurden, und

in welchen der Anspruch an körperliche Fähigkeiten und Fertigkeiten verhältnismäßig hoch war, im Vergleich zu Übungs- und Selbsttätigkeitssituationen, in denen der Leistungsanspruch an körperliche Voraussetzungen geringer war, weitgehend negativ. Auch die Anpassungsreaktionen zeigen in diesen Situationen negative Veränderungen, während in Selbsttätigkeitssituationen deutliche positive Veränderungen zu erkennen sind. In Übungs- und Erwärmungssituationen dagegen zeigte sich keine wesentliche Veränderung.
Damit bestätigt sich eine für die therapeutische Praxis relevante, anfangs gestellte Annahme:
Situationen mit hohem Leistungsanspruch an körperliche Fähigkeiten erzeugen bei verhaltensauffälligen körperbehinderten Kindern mit relativ geringen Behinderungen zusätzliche Verhaltensprobleme.
Es kann eingewandt werden, daß diese Kinder nicht in realen Wettkampfsituationen beobachtet wurden. Angesichts von Erfahrungen bei Wettkampfveranstaltungen mit körperbehinderten Kindern dieser Altersgruppe können wir allerdings vermuten, daß auf Dauer in solchen Situationen sind sie nicht mehr etwas besonderes, ähnliche Verhaltensauffälligkeiten auftreten sollten.

Insgesamt zeigte sich bei den Versuchen, bezogen auf diese Situationen, eine deutliche Abnahme der Aktivitätsbereitschaft innerhalb des gesamten Zeitraums, im Versuchsabschnitt "heterogene Gruppe" eine deutliche Abnahme der Integrationsbereitschaft.

Einer sportlichen Betätigung, die verhaltenstherapeutisch wirksam werden soll, sollte deshalb besonders viel Raum zur Selbsttätigkeit, zum freien und selbstorganisierten Spiel gelassen werden; dagegen scheinen sportliche Wettkampfsituationen nicht geeignet, bei körperbehinderten Kindern dieser Altersgruppe, die durch besonderes Verhalten auffällig werden, im Sinne einer Therapie wirksam zu werden.

Da beide Gruppen, jüngere und ältere körperbehinderte Kinder, Sport/Sportunterricht als neuartige Anregungssituation erfuhren, kann u.a. gefragt werden, wie sich die jüngeren Kinder dann, wenn sie im Alter über 10 Jahre sich wettkampfsportlich betätigen, verhalten werden.

4.2. Verhalten und Möglichkeiten zu sozialer Kontaktaufnahme zwischen nichtbehinderten und körperbehinderten Kindern im Sport/Sportunterricht unter dem Gesichtspunkt ihrer sozialen Integration

In einem eigenen Versuchsabschnitt wurden modellhaft die beiden Versuchsgruppen körperbehinderter Kinder mit der entsprechenden Anzahl nichtbehinderter Kinder gleichen Alters zusammengeführt und gemeinsam unterrichtet. Den Hintergrund dieses Versuchsabschnittes bildeten Annahmen, daß das Erlernen sozialer Kontakte neben der funktionalen Eingliederung eine wichtige Voraussetzung zur sozialen Integration von Behinderten sei,
(Vgl. hierzu die Ausführungen im theoretischen Teil, Abschnitt 4.)
daß aber Körperbehinderte durch ihre auffallenden Verhaltensäußerungen bei Nichtbehinderten häufig Vermeidungsreaktionen auslösen (vgl. z.B. Funk 1975, Jansen, 1972, Goffman 1975). Eine möglichst frühe und organisierte Kontaktaufnahme sollte dagegen verhindern, daß auffallendes Verhalten und Vermeidungsreaktionen sozial relevant wird. (Vgl. Esser, 1975, BK, 1973, sowie die Ausführungen im theoretischen Teil, Abschnitt 4.2.)

Wir nahmen nun an, daß solche auffallenden Verhaltensweisen bei körperbehinderten Kindern, welche mit nichtbehinderten Kindern in Sportsituationen zusammenkommen, sowohl alters- als auch von speziellen Situationen abhängig sind, wodurch der Aufbau sozialer Interaktionen jeweils erleichtert oder erschwert würde.

Für diesen Versuch wurden sowohl körperbehinderte als auch nichtbehinderte Kinder entsprechend vorbereitet. Die Teilnahme der nichtbehinderten Kinder an den Sportstunden war freiwillig. Aufbau und Inhalte der Stunden entsprachen denen der vorangegangenen Versuchsabschnitte.

Überprüft werden sollte, ob die körperbehinderten Kinder der beiden Altersgruppen entscheidend anders reagierten, als in den Versuchsabschnitten, in denen sie unter sich sind. Zudem wurde beobachtet, ob sich eine Veränderung der Interaktionsbereitschaft mit nichtbehinderten Kindern ergab.
Der Vergleich der Verhaltensäußerungen der körperbehinderten Kinder in "homogenen Gruppen" und "heterogenen Gruppen" zeigt deutlich positive Differenzen zugunsten des Versuchsabschnittes "heterogene Gruppe".
Die Ergebnisdarstellung zeigt die Notwendigkeit, in Altersgruppen zu differenzieren:

- Der Kurvenverlauf der Anpassungsreaktionen bei der Gruppe der jüngeren Kinder weist nach einer Phase der Anpassung mit der Beantwortung durch negative Verhaltensreaktionen in allen Dimensionen des Verhaltens deutlich positive Veränderungen, die sich auf alle Situationen des Unterrichts verteilen. Eine Veränderung der Interaktionsbereitschaft mit nichtbehinderten Kindern konnte nicht beobachtet werden. Die Kontaktaufnahme beschränkte sich innerhalb der Stunden i.w. auf drei körperbehinderte Kinder, bei denen Interaktionen mit nichtbehinderten Kindern beobachtet werden konnten. Dabei kann nur bei zwei Kindern von "gleichberechtigten" Interaktionen gesprochen werden, während das dritte, aufgrund seines auffälligen Verhaltens offensichtlich als "interessanter Fall" bei einigen der nichtbehinderten Kinder beurteilt und behandelt wurde.
  Hinsichtlich der Verhaltensäußerungen von seiten der körperbehinderten Kinder kann der Versuch als positiv, hinsichtlich der Kontaktaufnahme mit nichtbehinderten Kindern weitgehend als negativ bewertet werden.

Es sollte aber angemerkt werden, daß eventuell die relative Kürze der Versuche für dieses widersprüchliche Ergebnis entscheidend ist.

- Die Verhaltensäußerungen bei der Gruppe der älteren Kinder lassen dagegen etwas weitergehende Schlüsse zu. Zunächst bestätigt sich eine wesentliche Annahme: In Situationen mit stärkerem Leistungsanspruch sind auch die Verhaltensauffälligkeiten (negativen Verhaltensreaktionen) vermehrt beobachtet worden, wobei die situationsspezifischen Differenzen im Verhalten noch auffallender waren, als im Versuchsabschnitt "homogene Gruppe".
  Trotz speziell auf die körperbehinderte Kinder eingerichteter Spiel/Wettkampfformen, wie es etwa Day/Volck (1976) fordern, und welchen sich die nichtbehinderten Kinder anzupassen hatten, zeigte sich sehr bald, daß die körperliche Überlegenheit von den nichtbehinderten Kindern ausgespielt wurde. Die Folgen im Verhalten der körperbehinderten Kinder waren ambivalent:
  Einige der körperbehinderten Kinder vermehrten ihre Anstrengungsbereitschaft und zeigten erhöhte Aktivitäten, wurden dabei aber oft, vornehmlich gegenüber den anderen Körperbehinderten, rücksichtslos und sogar aggressiv; andere körperbehinderte Kinder, welche keine Konkurrenzchancen sahen, wurden mit der Zeit lustlos, wollten erst bei den Spielen/Wettkämpfen, später sogar bei den Sportstunden insgesamt nicht mehr teilnehmen. (Die Untersuchungsergebnisse zeigen dies recht deutlich in der Abnahme der Integrationsbereitschaft während des Versuchsverlaufes.)
  Während diese Kinder auch keine Interaktionen mehr aufnahmen, vermehrte sich die Interaktionshäufigkeit der Kinder, die so sehr aktiv wurden, mit Nichtbehinderten erheblich, bis sie nur noch mit diesen zusammen tätig waren (ungefähr die Hälfte der körperbehinderten Kinder).

Die beobachteten Verhaltensreaktionen lassen die Annahme zu, daß wir, gerade in diesen Wettkampfsituationen, typische Merkmale der Marginalsituation, in der sich leichter körperbehinderte Kinder befinden, erkennen konnten. Eine Gruppe, die Chancen sieht, versucht, durch Überanstrengung und Distanzierung von anderen Körperbehinderten (auch gewaltsam) mit den Nichtbehinderten gleichzuziehen. (Hier zeigen sich deutlich "Überanpassungserscheinungen", indem auch nur noch Interaktionen mit Nichtbehinderten aufgenommen werden), während die andere Teilgruppe resigniert, inaktiv wird, den Gesunden vorwirft, daß auf sie nicht mehr Rücksicht genommen wird. Insofern relativiert sich das Ergebnis, das eine deutliche Erhöhung der Interaktionshäufigkeit zeigt. Auch der insgesamt negative Verlauf der Anpassung sollte uns vor einer zu positiven Wertung dieses Versuchs bei den älteren körperbehinderten Kinder bewahren.

Unsere Annahme ist sogar, daß, in Bestätigung etwa von Essers Vorstellungen, bei jüngeren Kindern eher Möglichkeiten zu einer Kontaktaufnahme körperbehinderter Kinder im Sport/Sportunterricht mit nichtbehinderten Kindern zu sehen sind, da ihre Verhaltensäußerungen insgesamt voraussichtlich von den nichtbehinderten Kindern positiv eingeschätzt werden.
Dabei erscheint aber die Versuchsdauer dieses Versuchsabschnittes zu begrenzt, als daß hinsichtlich des Aufbaus sozialer Kontakte als eine Voraussetzung zur sozialen Integration über sportliche Betätigung endgültige Aussagen getroffen werden können.

Anhang I

Aufstellung der an den Stunden beteiligten Kinder und ihre Behinderungen

A. Jüngere Kinder

1. Richard H.
geb.: 17.5.1966
Beruf des Vaters: Installateur
2. Kind, das erste ohne Behinderungen

Medizinischer Befund: (27.4.76)
Größe: 126 cm (im Vergleich zu klein)
Gewicht: 28,5 kg (leichtes Übergewicht)

Wirbelsäule: Leichte S- förmige Skoliose rechtsdorsal und rechtslumbal. Hohlkreuz, schlaffe Bauchmuskulatur. Wachstumsrückstand rechte Körperseite.
Obere Exxtremitäten: Leichtes Beugemuster rechter Arm, leichte Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter. Unterarmdrehfunktion gerade noch ausgleichbar. Alle Handfunktionen spontan möglich. Leichter Beckenschiefstand rechts.
Untere Extremitäten: Etwas lebhafte Reflexe mehr rechts als links, keine Bewegungseinschränkungen in Hüft- und Kniegelenke. Dorsalflexion rechts 90°, links 110°, geringe Beinverkürzung rechts, x- Beine.
Diagnose: Spastische Hemiplegie rechts
Krankengymnastische Maßnahmen: Übungen für Wirbelsäule /Becken 1x Schwimmen/Woche, Skilanglauf.

päd./psych. Gutachten:
kein besonders auffälliges Verhalten
besucht die Volksschule, soll aufgrund guter schulischer Leistungen in Realschule überwechseln. Macht teilweise Schwierigkeiten in der Gruppe der Tagesstätte, da oft etwas überheblich etc.

2. Thomas W.
geb.: 15.6.67
Beruf des Vaters: Elektro-Techniker
Zwillingskind (Zweieiig, das andere gesund, Geburt normal)

Medizinischer Befund: (1976)
Längenalter und Gewichtsalter retardiert

Wirbelsäule: Physiologische Krümmungen wenig ausgeprägt. Lumbalskoliose rechts ca. 1,5cm, wird durch Schuherhöhung ausgeglichen. Wachstumsrückstand rechte Körperseite.

Obere Extremitäten: Beugemuster rechter Arm, Fallhandstellung kann aktiv nahezu ausgeglichen werden. Schultergelenk frei beweglich, Streckung im Ellbogen möglich, Unterarmdrehfunktion aktiv nicht möglich, passiv zu 2/3. Fingerbeugen und -strecken möglich, -spreizen angedeutet. Keine Abduktion des Daumens. Gebrauchshand links.

Untere Extremitäten: Rechtes Bein mäßiger Hypertonus. Wachstumsrückstand ca 1-2cm. Zustand nach Kniebeugesehnenverlängerung: Dorsalflexion des Fußes bis 80°, Hüft- und Kniegelenk frei beweglich. Leichtes genu recurvatum.

Diagnose: Spastische Hemiplegie rechts, zudem Sehstörungen (CP)

Maßnahmen: Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie, Shwimmen, Sporttherapie.

päd./psych. Gutachten:
Kramer 0,68 (Rückstand 2,5 Jahre)
Raven 80 (überdurchschnittlich)
gravierende Ausfälle, Begabungsspitzen in bestimmten Bereichen. Aufnahme, Verarbeitung akustischer Reize erheblich gestört, Perzeptionsstörungen sind anzunehmen. Aufgaben mit optischer Erfassung werden überdurchschnittlich gut gelöst.

3. Leander M.
geb. 27.1.71
Vater arbeitslos, Mutter Hilfsarbeit
einziges Kind, Frühgeburt

Medizinischer Befund:(1976)
Größe und Gewicht normal

Wirbelsäule: Gerade, Lendenlordose verstärkt, leichte Beugekontraktur in den Hüften. Knicksenkfüße beidseitig, pes adductus rechts mehr als links.
Obere Extremitäten: Keine Hypertonie, Gelenke frei beweglich, Feinkoordination leicht eingeschränkt. Spitzgriff möglich.
Untere Extremitäten: Innenrotation, Spitzfußstellung, mäßige Hypertonie, leicht Beugekontraktur.
Innenrotation beiderseits 70^{o}
Außenrotation beiderseits 40^{o}
geringer Adduktorenspasmus. Kniegelenke aktiv, passiv frei. Ausgleichbarer pes adductus beiderseits. Dorsalflexion passiv bis 90^{o}, geringes genu recurvarum. (Schaleneinlage, Nachtschienen)
Diagnose: Spastische Paraplegie
Maßnahmen: Krankengymnastik

päd./psych. Gutachten:
Schlechte Konzentrationsfähigkeit,
schlechtes soziales Verhalten,
sprachlich recht gut

4. Sybille N.
geb.7.2.79
Beruf Mutter: Köchin
Keine Geschwister. Frühgeburt (7 Monate)

Medizinischer Befund:(1976)

Größe und Gewicht altersgemäß

Wirbelsäule: Leichtes Hohlkreuz. Leichte Lumbalskoliose. Beckenschiefstand rechts. Wenig Körperrotation.

Obere Extremitäten: Weitgehend an Normaltonus angeglichen. FNV etwas unsicher. Leichter Intensionstremor bei Fingergeschicklichkeit.

Untere Extremitäten: Hüfte? Leichte Hypertonie. Angedeutete Spitzfußstellung insbesondere rechts. Leichte Beinverkürzung rechts. Dorsalflexion rechts bei 90°. Gangbild: Wenig Körperrotation mit angewinkelten Armen.

Diagnose: Leichte Spastik an den unteren Extremitäten mit ataktischer Komponente

Maßnahmen: Krankengymnastik, Schwimmen, Beschäftigungstherapie.

päd./psych. Gutachten:

Kramer: 0,76
Gute Reaktion auf optische Reize, gute Denkergebnisse. Visuo-motorische Koordination stark beeinträchtigt. Rechnen schlecht. Verarbeitung akustischer Reize schlecht. Konzentrationsfähigkeit nicht ausgeprägt.
sozial schwieriger Fall (Familie)

5. Michael P.
geb.: 19.2.1967 (Kaiserschnitt)
Beruf Vater: Betriebs-Meister
Ein Bruder (7.6.1958), gesund

Medizinischer Befund: (1976)
Länge und Gewicht etwas retardiert

Wirbelsäule: Beckenschiefstand rechts. Beginnende statische rechtskonvexe Totalskoliose. Leichtes Hohlkreuz.
Obere Extremitäten: Rechter Arm Beugemuster. Leichte Bewegungseinschränkung im Ellbogengelenk. Unterarmdrehfunktion zur Hälfte eingeschränkt. Fallhandstellung, kann aktiv nicht ausgeglichen werden. Spreizfähigkeit angedeutet, Spitzgriff nicht möglich.
Untere Extremitäten: Rechtes Bein mäßige Hypertonie. Leichter Wachstumsrückstand rechtes Bein. Keine Bewegungseinschränkung Hüfte und Kniegelenk. Zustand nach Spitzfuß-OP und Sehnenverpflanzung: Fußstellung nahezu ausgeglichen, nur noch leichte Adduktion.
Diagnose: Spastische Hemiplegie rechts.
Maßnahmen: Schwimmen, Beschäftigungstherapie

päd./psych Gutachten:
Alltagsverrichtungen selbständig
Wahrnehmungsstörungen

6. Roland R.
geb.: 21.11.1968
Beruf Vater: Technischer Angestellter
Schwester (1962)
Spätgeburt (Zange, 10 Tage)

Medizinisches Gutachten: (1976)
Auffallend groß

Wirbelsäule: o.B.
Obere Extremitäten: Auffallend große Hände, in Feinkoordination etwas ungeschickt.
Untere Extremitäten: Auffallend große Füße, etwas Senkfüße beidseitig.
Diagnose: Akromegalie, Hydrocephalus (?) Koordinationsschwäche. Anfallsleiden, leichte Tetraplegie.
Maßnahmen: Krankengymnastik

päd./psych. Gutachten:
Akustisch/Optisches Gedächtnis, Beobachtungsfähigkeit sehr zurück. Sprachentwicklung nicht altersgemäß. Unsicherheit. Geistiger Entwicklungsrückstand.

7. Cornelia T.
geb.: 25.4.71
Beruf Vater: Gärtner
Bruder (1962)

Medizinischer Befund: (1976)
Größe und Gewicht normal

Wirbelsäule: o.B.
Obere Extremitäten: Mäßiger Hypertonus, Feinkoordination links mehr erschwert. Rechte Hand Gebrauchshand. Zielunsicherheit links mehr als rechts. Pathologische Reflexe etwas abgebaut. Geringe Hypertonie, leichtes Beugemuster mit Innenrotation. Aktiv und passiv frei beweglich.
Diagnose: Generalisierte Athetose, Schwerhörigkeit
Maßnahmen: Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie
Hörapparat.

päd./psych. Gutachten:
Sprachstörung, Sprache beginnt sich zu entwickeln. Beobachtungsfähigkeit, optische Auffassung, Konzentration, lebenspraktische Intelligenz normal.

8. Ralph H.
geb.: 7.3.1971
Beruf Vater: Postarbeiter
älterer Bruder
Geburt 14 Tage nach Termin, normal

Medizinischer Befund: (1976)
Größe und Gewicht sind stark zurück

Wirbelsäule: Rundrücken, noch ausgleichbar. Totalskoliose linkslumbal und dorsal. Knick- Senkfüße beiderseits.
Obere Extremitäten: Leichte Hypertonie rechts. Gelenke aktiv und passiv frei beweglich, Reflexe haben sich verbessert.
Untere Extremitäten: Leichte Hypertonie rechts, Reflexe etwas verbessert. Babinski positiv.
Diagnose: Leichte spastische Hemiplegie
Maßnahmen: Krankengymnastik, Spiel- und Sprachtherapie

päd./psych. Gutachten:
Erheblicher geistiger Entwicklungsrückstand. Verhaltensstörungen(ängstlich, gehemmt, spricht kaum)

9. Thomas H.
geb.: 2.11.1969
Beruf Vater: Arbeiter DB
Drei ältere Geschwister

Medizinischer Befund: (1976)
Gewicht normal, leichter Wachstumsrückstand

Diagnose: Spastische Hemiplegie links (Ursache: Verkehrsunfall). Arm stärker betroffen als Bein. Zustand nach subduralem Hämatom und nachfolgender Operation.

Maßnahmen: Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie

päd./psych.Gutachten:
Kramer 0,71
Raven 50
Konzentrationsschwierigkeiten. Akustisches Gedächtnis fast altersgemäß. Optische Auffassung und Beobachtungsfähigkeit fallen ab. Sprachverständnis.

10. Uwe V.
geb.: 22.6.1967
Beruf Vater: Werkzeugmacher
keine Geschwister
Geburt 6 Wochen zu früh, 10 Tage Brutkasten

Medizinischer Befund: (1976)
Größe normal, Gewicht 20% über der Norm

Wirbelsäule: Hochsitzende Kyphose, etwas Hohlkreuz, schlaffe Bauchmuskulatur
Obere Extremitäten: Feinkoordination schlecht, geringe Hypertonie links mehr als rechts. Dystiadochokinese. Spitzgriff mit 2.,3. und 4. Finger nicht möglich. FNV sicher.
Untere Extremitäten: Mäßige Hypertonie, Babinski beiderseits positiv, Reflexe lebhaft. Hüft- und Kniegelenke frei beweglich. Dorsalflexion der Hüfte nur bis 90° möglich.
Diagnose: Leichte Hypertonie, ausgeprägte Koordinationsstörungen (Feinkoordination). Händigkeit nicht geklärt. Kleine Anfälle oder psychomotorische Stereotype.
Maßnahmen: Krankengymnastik

päd./psych. Gutachten:
Intelligenz im unteren Bereich der Lernbehinderung. (IQ 62,5). Findet rasch Kontakt. Fortschritte Arbeitshaltung, Integration.
Frostig-Test: Unterdurchschnittliche Ergebnisse, visuelle Wahrnehmungsstörungen.

B. Ältere Kinder

1. Peter B.
geb.: 21.2.1965
Beruf Vater: DB - Obersekretär
2 Geschwister (1 älter, 1 jünger)
Geburt normal

Medizinischer Befund:(1976)
Retardierter/reduzierter Allgemeinzustand in Gewicht und Größe

Wirbelsäule: Leichter Harrison. Beckenschiefstand rechts. Rechtskonvexe Totalskoliose mit einer Spur Torsion (Hüfte?). Wachstumsrückstand rechte Körperseite.
Obere Extremitäten: Rechter Arm mäßige Hypertonie.
Untere Extremitäten: Keine Bewegungseinschränkung im Hüftgelenk. Spitz-/Klumpfußstellung passiv voll ausgleichbar. Leichter Senkfuß und pes adductus. Beinverkürzung rechts.
Diagnose: Spastische Hemiplegie rechts
Maßnahmen: Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie, Radfahren, Skilanglauf, Gruppensport

päd./psych. Gutachten:
Leichte Wahrnehmungsstörungen. Konzentrationsschwäche. Gehemmt.

2. Frank R.
geb.: 22.1.1963
Beruf Vater: Gastwirt (Stiefvater)
3 jüngere Geschwister

Medizinischer Befund: (1975)
Größe altersgemäß, Gewichtsrückstand

Wirbelsäule: Wachstumsrückstand gesamte linke Körperseite. Gesichtsskoliose.
Obere Extremitäten: Leichtes Beugemuster linker Arm. Unterarmdrehfunktion etwas eingeschränkt. Schultergelenk frei. Ulnardeviation linke Hand. Abduktion und Opposition des Daumens etwas eingeschränkt. Überstreckbarkeit der Fingergelenke. Rechter Arm o.B. In allen Alltagsverrichtungen selbständig.
Untere Extremitäten: Rechts o.B. Links Verkürzung 1,5cm. Mäßige Hypertonie. Hüft-und Kniegelenk aktiv und passiv frei beweglich. Dorsalflexion bis 90^{o}. Zehenbeweglichkeit herabgesetzt.
Diagnose: Spastische Hemiplegie links.
Maßnahmen: Krankengymnastik, Reiten, Fahrradfahren. Nimmt an Schulturnen bedingt teil.

päd./psych. Gutachten:
In Normalschule. Milieubedingte Lernschwierigkeiten.

3. Peter P.
geb.: 15.6.1961
Beruf Vater: Maurer
4. von 7 Geschwistern (alle anderen gesund)
Geburt normal

Medizinischer Befund: (1976)
Größe über, Gewicht unter der Norm

Wirbelsäule: Beckenschiefstand links. Linkskonvexe Totalskoliose. Wachstumsrückstand linke Körperseite.

Obere Extremitäten: Ausgeprägtes Streckmuster der linken oberen Extremitäten. Stark einschießende Spasmen, gelegentlich schmerzhaft. Hand häufig zur Faust geballt, Daumen schläft ein. Finger können nur gelegentlich aktiv bewegt werden. Ulnare Deviation der Hand. Linker Arm wird trotz des starken Streckmuster - immer wieder eingesetzt.

Untere Extremitäten: Beinverkürzung links. Ausgeprägte Hypertonie. Deutliches Streckmuster. Beweglichkeit im Hüft- und Kniegelenk frei, durch den Streckspasmus gelegentlich gehindert. Zustand nach Spitz-/Klumpfuß- OP links: Wieder leichte Adduktion - Supination. Spitzfußstellung. Dorsalflexion bis 90°. Atrophie der Unterschenkelmuskulatur 3-4cm.

Diagnose: Spastische Hemiplegie links mit ausgeprägten Streckmustern.

Maßnahmen: Krankengymnastik, Radfahren, Schwimmen, Skilaufen (Langlauf auf Rollen).

päd./psych. Gutachten:
Verschiedene Tests. Beurteilung: Verhaltensauffälligkeiten des unterdurchschnittlich intelligenten Kindes bei Störung des psychosozialen Milieus.

4. Thomas H.
geb.: 22.9 1964
Beruf Vater: Soldat
Keine Geschwister

Medizinischer Befund: (1976)
Größe und Gewicht retardiert

Wirbelsäule: Leichte rechtskonvexe Totalskoliose. Tiefreichende Kyphose.
Obere Extremitäten: Generalisierte Athetose, leichte hypotone Grundspannung, keine Bewegungseinschränkung in den Gelenken, Zielbeweglichkeit etwas unsicher.
Untere Extremitäten: Deutliche Mitbewegung der Arme und Stellreaktionen, Koordination besser als früher.
Diagnose: Athetose
Maßnahmen: Krankengymnastik, Sprachtherapie, Beschäftigungstherapie, Radfahren, Schwimmen

päd./psych. Gutachten:

Sprachbehinderung. Normalschule, durchschnittliche Schulleistungen.

5. Dieter F.
geb.: 24.12.1964
Beruf Vater: Spritzlackierer
2 ältere Geschwister o.B.
Frühgeburt

Medizinischer Befund:(1976)
Stark retardiert in Größe und Gewicht

Ohren: Leichte Beeinträchtigung der Hörfähigkeit
Wirbelsäule: Hochsitzende Kyphose kaum mehr fixiert. Lendenlordose nicht ausgeprägt. Linkskonvexe Totalskoliose mit deutlichem Lendenwulst. Beweglichkeit der WS in allen Bereichen etwas eingeschränkt.
Obere Extremitäten: Amniotische Abschnürungen am linken Oberarm. Linke Hand in Ulnarstellung. Finger links bis zum Nagelglied deutlich zugespitzt und verkürzt. Partielle Syndaktilie. An der rechten Hand fehlt der 4. Finger ab Mitte des Grundgelenks. Ringfinger nach innen verbogen.
Untere Extremitäten: Zustand nach Hüftgelenksoperation beiderseits, Längsoperation beiderseits: Rechtes Bein in Innenrotationsstellung, linkes Bein in Außenrotationsstellung. Tendenz zur Hüft- und Kniebeugekontraktur beiderseits, kein Adduktorenspasmus. Atrophie der rechten Beinmuskulatur insbesondere des Gastrocnemius. Keine Beinverkürzung. Mittlere Spastik an den unteren Extremitäten. Zustand nach Achillessehnenverlängerung beiderseits: Amniotische Abschnürungen im unteren Drittel des rechten Unterschenkels. Zehenmißbildung.
Diagnose: Spastische Paraplegie, multiple Mißbildung als Folge amniotischer Abschnürungen.
Maßnahmen: Krankengymnastik

päd./psych. Gutachten:
Soziales Verhalten in der Gruppe schwierig.
Gute Schulleistungen

6. Manfred L.
geb.: 20.10.1963
Beruf Vater: Maler
2 ältere Schwestern (o.B.)
8-Monats-Geburt, Nabelschnur um Hals

Medizinischer Befund: (1976)
Größe und Gewicht altersgemäß

Wirbelsäule: Totalskoliose mit einer Spur Torsion.
Obere Extremitäten: Linker Arm o.B. Linke Hand Gebrauchshand. Wachstumsrückstand rechte obere Extremitäten und Schultergürtel. Schultergelenk frei beweglich. Tendenz zur Beugekontraktur im Ellbogengelenk. Unterarmdrehfunktion passiv 2/3, aktiv kaum einsetzbar. Fallhandstellung. Leichte Ulnardeviation. Beugung kann aktiv ausgeglichen werden. Spreizfähigkeit nur angedeutet. Abduktion des Daumens nicht möglich. Kein Spitzgriff, grobes Greifen möglich. Rechte Hand wird als Haltehand auch spontan benützt.
Untere Extremitäten: Leichte Beugekontraktur im rechten Hüftgelenk. Mäßiger Adduktorenspasmus. Kniegelenke frei beweglich. Zustand nach Achillessehnenverlängerung und Sehnenverpflanzung: Dorsalflexion ca 100%, linkes Bein nur gering betroffen. Babinski positiv.
Diagnose: Spastische Hemiplegie rechts. Anfallsleiden
Maßnahmen: Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie, Radfahren, Schlagballwurf.

päd./psych. Gutachten:
Verhaltensauffälligkeiten eines unterdurchschnittlich begabten Kindes bei Störung des psycho-sozialen Milieus.

7. Uwe T.
geb.: 16.10.1961
Beruf Vater: Fußbodenleger
2 ältere, ein jüngerer Bruder (o.B.)
Kaiserschnitt, Sauerstoffzelt

Medizinischer Befund: (1975)
Größe und Gewicht etwa altersgemäß

Wirbelsäule: Physiologische Krümmung nur wenig ausgeprägt.
Obere Extremitäten: Leichte Hypertonie, rechts mehr als links. Geringes Streckdefizit im rechten Ellbogengelenk. Unterarmdrehfunktion frei. Feinkoordination deutlich herabgesetzt, rechts mehr als links. FNV unsicher, rechts mehr als links.
Untere Extremitäten: Mäßige Hypertonie, keine Seitendifferenz. Hüfte, Knie- und Fußgelenke aktiv und passiv frei beweglich. KHV unsicher. Romberg negativ. Hüpfen und Rückwärtsgang möglich. Gleichgewicht deutlich gebessert.
Diagnose: Ataxie/Athetose mit leichter hypertoner Komponente, Sprachstörung
Maßnahmen: Krankengymnastik (Gruppe), Radfahren (Dreirad) Schwimmen, Beschäftigungstherapie.

päd./psych. Gutachten:
Intelligenz knapp unter Durchschnitt (81) sprachfrei besser als sprachlich. Ängstlich, keine Störungen im Raum-Lage-Erfassen, Legasthenie(?). Koordinations-/Konzentrationsschwächen.

8. Ulla T.
geb.: 21.8.1963
Beruf Vater: Maschinenschlosser
Älterer Bruder (o.B.)
Frühgeburt (7 Monate)

Medizinischer Befund: (1975)
Größe und Gewicht altersgemäß

Gehör: Höreinbuße
Gesicht: Athetoide Bewegungsunruhe des Gesichtes. Mundschluß willkürlich möglich. Jede emotionale Äußerung wird mit Mundmotorik beantwortet.
Wirbelsäule: Vorhängender Schultergürtel. Lendenlordose verstärkt. Fragliche Skoliose rechtsdorsal. Starker Spreizfuß.
Extremitäten: Sehr gute Kraftentwicklung der oberen und unteren Extremitäten. Keine Hypertonie. Aktiv und passiv frei beweglich. Lebhafte Reflexe. FNV erstaunlich sicher. Verlangsamte Feinkoordination.
Diagnose: Athetose
Maßnahmen: Krankengymnastik (Gruppe), Schwimmen, Reiten, Skilaufen (Langlauf auf Rollen), Rudern, Beschäftigungstherapie

päd./psych. Gutachten:
Besucht Normalschule, zufriedenstellend. Therapie in der Tagesstätte, Hausaufgabenbetreuung.

9. Jürgen H.
geb.: 20.3.1960
Beruf Vater: Schaffner
2 ältere, 2 jüngere Geschwister (o.B.)

Medizinischer Befund: (1976)
Größe und Gewicht stark retardiert.

Wirbelsäule: Beweglichkeit der WS (oben/unten) eingeschränkt. Versteifung der Rückenmuskulatur. Beckenschiefstand rechts (1cm). Coxa valga mit Subluxationsneigung. Beugekontraktur in den Hüften beiderseits, links mehr als rechts.
Untere Extremitäten: Mäßiger Adduktorenspasmus, Innenrotation links etwas eingeschränkt, Kniegelenke frei beweglich, mäßiges genu recurvatum. Geringe Hypertonie an den unteren Extremitäten.
Diagnose: Paraplegie
Maßnahmen: Krankengymnastik, Skilaufen (Langlauf auf Rollen) Radfahren

päd./psych. Gutachten:
Raven: 85
Störung in intellektueller Leistungsfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit. Isolierungstendenzen, nicht reflektierte Handlungen, Rückzugstendenzen

10. Freddy B.
geb.: 20.8.1962
Beruf Vater: Kältemonteur
4. von 5 Kindern

Medizinischer Befund: (1976)
Größe und Gewicht über der Norm

Wirbelsäule: Physiologische Krümmungen wenig ausgeprägt. Fragliche rechtskonvexe Totalskoliose.
Untere Extremitäten: Hüftbeugekontraktur, Adduktorenspasmus. Kniegelenke frei. Ausgeprägtes Innenrotationsmuster, Außenrotation insbesondere rechts eingeschränkt. Beinverkürzung rechts (1cm), pes adductus beiderseits. Dorsalflexion bis 90°.
Gangbild: Breitbeinig, innenrotiert. Beugemuster. Keine Stellreaktion. Arme angewinkelt, watschelnd.
Diagnose: Spastische Paraplegie, Arme gering betroffen.
Maßnahmen: OP, Perceptionstest, Sprachtherapie, Krankengymnastik.

päd./psych Gutachten:
Auffallende Wahrnehmungsstörungen

nhang II

Allgemeines Stundenschema

Zeit	Teil	Inhalt	Belastung	Hinweis
5 Min	Freie Beschäftigung nach Belieben. (Bälle liegen vor)	- -	geringe Belastung	Selbsttätigkeit + ungezielte Erwärmung soz. Verhalte
7 Min	Erwärmungsphase	Laufen, Springen Gymnastik, wiederholende Übungen	mittel - bis starke Belastung	Erwärmung gezielt
0 Min	Neuer Übungsstoff Einzelarbeit	Technik Taktik	mittlere Belastung	Konzentratio
5 Min	Freie Beschäftigung	--	geringe Belastung	Selbsttätigkeit soz. Verhalte
Min	Gruppenarbeit	Alter, neuer Übungsstoff in Gruppen Technik, Taktik	mittlere Belastung	Konzentratio soz, Verhalte
0 Min	Spielphase	Anwendung des Erlernten im Spiel	mittel - bis starke Belastung	soz. Verhalte im Spiel

Anhang III Sportliche Inhalte (Beispiele)

Situation Z1: Inner-halb der Selbstbeschäftigung wurden Bälle ausgegeben (Fußball, Handball, Basketball), Ringe und Taue herabgelassen, Matten ausgelegt. Die Kinder machten das was sie wollten

Situation Z2: Laufübungen: Vorwärts, rückwärts, seitwärts laufen, auf einer Linie laufen , Hopserlauf, Entengang, etc.
Gymnastik: Sprünge am Platz mit Aufstehen, Hinsetzen, Rumpfbeugen vw., sw., Strecksitz, Rumpfbeuge vw. bei möglichst gestreckten Beinen, Liegestütz, Bank mit Anheben und Durchdrücken des Rückens, Liegestütz rücklings, etc
Übungen mit dem Ball: Beidhändiges und einhändiges Dribbling , Werfen und Fangen gegen die Wand, mit einem und zwei Partnern, Werfen beidhändig auf den Basketballkorb, Ballführen am Fuß, Dribbling; Gruppenübungen mit Platzwechsel
Turnübungen: Klettern an der Sprossenwand, Balancieren auf der Langbank (auch umgedreht), Hängen an den Ringen und Anziehen, Schaukeln.
Hindernislauf: Lauf, Durchkriechen unter einer Langbank(quer) Klettern auf einen Kasten, Tiefsprung auf Weichboden, Balancieren auf einer Langbank.

Situation Z3: Kleine Spiele:
"Schwarzer Mann", Jägerball, Fangen, Pendelstaffeln
Ball über die Schnur:
Sonderregel: Ball darf einmal im eigenen Feld aufspringen und muß dann gefangen werden
"Verbrannt" (Vgl. hierzu v.a. Döbler/Döbler, 1975, deren Sammlung als Grundlage möglicher Spiele und kleiner Wettkämpfe - in modifizierter Form - sehr hilfreich war.
Große Spiele:
Fußball: Sonderregel: es darf nur innerhalb des Handballkreises ein Tor erzielt werden.
Basketball: Beidhändiges Dribbling erlaubt, kein Körperkontakt, Schrittkontaktregel wird nicht streng gehandhabt, Dreimalige Ballabgabe vor Korbwurf (Regeln, wie 3-sek, 10,-sek etc., die das Spiel erheblich komplizieren wurden zunächst weggelassen und nach und nach eingeführt.
Handball: Verkleinertes Spielfeld (18 x 9), Wurfkreis verkleinert (4m),Torwurf nur als Aufsetzer möglich, dreimalige Abgabe innerhalb der eigenen Mannschaft vor Torwurf, beidhändiges Dribbling erlaubt, keine strenge Handhabung der Schrittregel.

(Genauere Anleitungen zu den sportlichen Inhalten können beim Verfasser nachgefragt werden)

Anhang IV Das Beobachtungsinstrument

Das Beobachtungsschema (Anleitung für Beobachter)

1.) Für jedes anwesende Kind soll pro Unterrichtssituation (Phase Z1/Z2/Z3) ein Urteil abgegeben werden. Für jede Situation ist ein gesonderter Protokollbogen zu verwenden

2.) Das Urteil soll nach Dimensionen differenziert abgegeben werden. Dimensionen sind:

- Lehrerverhalten: emotionales Verhalten ("Wärme"-"Kälte")/ Lenkung, Dirigierung, Kontrolle
- Verhalten der Kinder: Emotionales Verhalten, Aktivitätsbereitschaft, Integrationsbereitschaft Interaktionshäufigkeit
- Objekte, mit denen die Kinder umgehen, etwa Bälle, Hindernisse, Turngeräte, Matten etc.

3.) Erläuterung zur Übertragung in den Auswertungsbogen (Codierung)

- Für jedes Kind einen Bogen verwenden
- Zeile: wagrecht
  Spalte: senkrecht
- Jedes Kästchen kann eine Information aufnehmen
- Eintrag der Beobachtungen:
  Lehrerverhalten: Zeile 1 - emotionales Verhalten
  Zeile 2 - Lenkung/Dirigierung/Kontr.

  Spalte 1 - Verhalten zu ganzer Gruppe
  Spalte 2 - Verhalten zu beob. Kind

  Zeilen 3/4/5 werden später eingetragen: Verhalten von Kindern als Einwirkungsfaktor

  Objekte: Zeilen 6/7

  Verhalten der Kinder: (4 Kästchen für eine Information)

  Zeile 9/10 , 2 Spalten - em. Verhalten
  Zeile 11/12, 2 Spalten - Aktivitätsber.
  Zeile 13/14, 2 Spalten - Integrationsber.

  Interaktionen: Nach der Codierung in jeweils Zeilen 1 - 5 (unten) eintragen, wenn möglich an Interaktionen beteiligte Kinder mit Buchstaben kennzeichnen Nichtbehinderte:(NB)

Ausmaß und Eigenschaftsbegriffe sollen als Anhaltspunkte für die Codierung verstanden werden. Damit soll dem Beobachter die Umsetzung von verbalem Kommentar in eine Ziff r erleichtert werden. Die Eigenschaftsbegriffe sind insofern nur als Beispiele aufzufassen.

a) Lehrerverhalten: Emotionales Verhalten ("Wertschätzung, Wärme, Zuneigung - Költe...")

Code	Ausmaß	Eigenschaft
-3	stark negativ	beleidigen, schreien, herunterset-zen, ausschließen
-2	mittel negativ	bestrafen, sanktionieren
-1	gering negativ	bestimmen, verwarnen, zurechtweisen fordern
0	neutral	erklären, entscheiden, vorschlagen
+1	gering positiv	motivieren, helfen, anleiten, be-antworten, vertraut machen, auf-fordern
+2	mittel positiv	ermutigen, zusprechen, zureden
+3	stark positiv	loben, streicheln, hervorheben

b) Lehrerverhalten: Lenkung/Dirigierung/Kontrolle

0	keine Lenkung	-----
1	Minimale Len-kung, nichtak-tiver Lehrer	gewähren, spielen lassen etc.
2	Minimale Len-kung, aktiver Lehrer	helfen, erklären, diskutieren, mit-spielen, improvisieren
3	Lenkung, gerin-ge Einflußnah-me, Motivierung	vertraut machen, Vorschlag, Lob, Zuspruch, Anregung
4	Lenkung, kontrol-lierte Einfluß-nahme	anleiten, entscheiden
5	Starke Lenkung Kontrolle, For-derung	auffordern, bestimmen, verwarnen, zurechtweisen, ablehnen
6	Starke Lenkung Kontrolle- Sank-tion	bestrafen, ausschließen, sanktio-nieren, Leistung prüfen, straff durchführen

c) Verhalten der Kinder: Emotionales Verhalten

-3	stark negativ	sehr traurig, gedrückt, heult, ist aggressiv, sauer
-2	mäßig negativ	ernst, gedrückt, abweisend, ängst-lich, verkrampft
-1	gering negativ	zurückhaltend, auffällig ruhig, gehemmt, lustlos

Code	Ausmaß	Eigenschaft
0	-	nicht auffällig, ruhig
+1	gering positiv	gelassen, zufrieden, locker, beruhigend, ohne Angst
+2	mäßig positiv	fröhlich, heiter, zeigt Freude, angeregt, interessiert
+3	stark positiv	überschwenglich, begeistert, übermütig

d) Verhalten der Kinder: Aktivitätsbereitschaft

-3	völlig passiv	tut überhaupt nichts, Aufforderungen wirken nicht, unfrei, stark gehemmt, fixiert auf
-2	sehr unselbständig	nur schwer beeinflußbar, muß zu allen Handlungen aufgefordert werden, gleichgültig, unbeteiligt, langsam, lustlos
-1	unselbständig	beeinflußbar, läßt sich anstecken, muß angeregt werden, ist angepaßt
0	-	nicht auffällig
+1	selbständig	eigene Aktivitäten überwiegen, vorwiegend allein aktiv, schwank nd, häufig Objekte mitanregend
+2	sehr selbständig	versucht, andere mitzuaktivieren, übt ausdauernd, konzentriert, probiert oft, spielt zusammen mit, beschäftigt sich mit anderen, fängt ab, steigt hoch
+3	sehr aktiv	überschäumend, nicht zu bremsen, enthusiastisch, stimulierend, ungezügelt, strengt sich an, organisiert, stark interessiert, aggressiv, übermütig

e) Verhalten der Kinder: Interaktionsbereitschaft

-3	aggressiv	In sehr vielen Situationen aggressiv, gefährdend, rücksichtslos, konfliktanfällig, schubst, stößt, hinterrücks
-2	aktiv ablehnend	tanzt aus der Reihe, hat keine lust, oft Reibereien mit, oppositionell, schimpft, zeigt Unwillen, will andere zurücksetzen, ist sauer auf, Widerspruch, provoziert, lacht aus, lehnt ab
-1	passiv ablehnend	keine Zustimmung, sondert sich ab (Bank, Toilette), setzt sich hin (ohne Aufforderung), resigniert, löst sich

Code	Ausmaß	Eigenschaft
0	unauffällig	---------
+1	passiv zustimmend	macht alles mit, kein Widerspruc angepaßt, gibt nach, diszipli- niert, gehorcht, ist dabei, ist fixiert auf, folgt
+2	aktiv zustimmend	hilft, bestärkt, beschäftigt sich mi anderen Kindern, nimmt positiv auf, spricht mit jemand
+3	sehr kooperativ	versucht, mit zu gestalten, ande re miteinzuordnen, mit ihnen zu spielen, wählt Partner (unaufge- fordert) sucht viele Partner, ist interessiert, daß alles gut abläuft, beeinflußt Gruppenbil- dung, organisiert selbständig

f) Interaktionen

1	mit niemand
2	nur mit Lehrer
3	mit einem Kind
4	mit 2/3 Personen (auch Lehrer)
5	mit mehr als 3 Personen

g) Objekte

1	Bälle
2	Turngeräte, Hindernisse etc.
3	Hilfsgeräte (v.a. Matten)

Auswertungsbogen für Beobachtungsprotokoll Name: Frank

Tage		14.3.77						21.3.77						28.3.77						18.4.77						25.4.77						16.5.77					
Situation:		Z_1		Z_2		Z_3		Z_1		Z_2		Z_3		Z_1		Z_2		Z_3		Z_1		Z_2		Z_3		Z_1		Z_2		Z_3		Z_1		Z_2		Z_3	
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Lehrerverhalten	1	0	0	1	0	1	-1	0	0	1	0	1	-2	0	-1	1	-1	1	-2	1	-1	1	-1	1	-2	2	2	1	1	0	-1	0	0	1	-1	1	-2
	2	0	0	4	4	3	4	0	5	4	4	4	5	0	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	0	0	4	5	5	5
	3		2				-3		2				-3				1						2								1						
Schülerverhalten	4		2				-2		2				0				1						2								1				-2		0
	5		2				-2		2				1				1						2								1				-1		1
Objekte	6	1		1		1		1		1		1		1			1						2								1				-2		1
	7																				1				1	1			1		1				1	
	8																																				
emotionale D.	9	3		2		3		3		1		-3		2		3		1			3		3			2		2		3		3		-3		3	
	10																																				
Handlungsd.	11	3		1		3		3		1		3		2		1		0			1		3			2		1		2		3		-2		2	
	12																																				
Integrationsd.	13	3		-1		-2		2		-1		-2		2		-1		-2			-1		2			1		-1		-2		-1		-1		-3	
	14																																				

Interaktion																																					
	1	G				Nb		Nb		G		Nb		F						Nb		Nb		Nb		Nb		Nb		Nb		E		F			
	2	Nb						D		I				Nb								D		L		H		F				F		G			
	3									E												E						G				Nb		Nb			
	4									Nb																								D			
	5																																				

L = Lehrer

Gruppe 3

Beobachtungsprotokoll Situation: Z_1 Datum: 20.3.76 Protokollant:

Name	abhängige Variable – Verhalten emotional	Handlung	Integration	Interaktion	unabhängige Variable durch wen oder was ausgelöst (Lehrer, Kinder, Objekt)
Peter B.	/ 0	ind. Beschäftigung +1	Abwendung an einer -1	/ 1	Möglichkeit wird gewährt, nicht recht zu beschäftigen, Ball 0/+1 1
Peter P.	fast aggressiv Ball unterdrückt -2	spielt Fußball (fast aggressiv) +3	fast aggressiv (-2) -2	/ 1	
Thomas H.	will jeden mit dem Ball spielen +2	will spielen (mit anderen) +2	schaut Vorgang ab, (Peter, Uwe, Manfred) Fußball zu spielen -1	Peter, Uwe, Manfred, VL 5	←
Dirk F.	Begeistert +3	macht TW, versucht zu (sog.) +3	kommuniziert mit anderen (Peter, Fußball) +3	Uwe, Manfred Thomas 4	←
Manfred L.	/ 0	unbeholfene Akt. kann sich nicht selbständig beschäftigen -1	/ 0	/ 1	/
Uwe T.	angeregt +2	versucht gemeinsame Aktivitäten anzuregen -> Ringe +2	-> / +2	Freddy, Manfred, Peter, Thomas 5	Freddy, ggf Ringe an ← 2
Jürgen H.	/ 0	läßt Kennenlernen allein (Kontakt +2	versucht sich zu / -1	/ 1	
Freddy B.	/ 0	versucht, Peter zu provozieren, macht [illegible] Ringe +1 [illegible] +2	/ +2	Uwe 3	2

Literatur

Abendroth, W.	Das Grundgesetz. Eine Einführung in seine politischen Probleme, Pfullingen 1966
Arendt, G.	Stichwort Randgruppen, in: Wörterbuch der Pädagogik, Bd. 3, S. 38 - 40, Freiburg 1977
Amtliche Schulstatistik	Die Sonderschule in der bundeseinheitlichen Schulstatistik von 1960-1970, Sonderdruck 1971
Ausschuß deutscher Leibeserzieher (Hg.)	Kongreßbericht "Die Leistung", Schorndorf 1964
Ausschuß deutscher Leibeserzieher (Hg.)	Kongreßbericht "Motivation im Sport" Schorndorf 1971
Ausschuß deutscher Leibeserzieher(Hg.)	Kongreßbericht "Sozialisation im Sport" Schorndorf 1974
Atkinson, J.W. (Ed.)	Motives in Fantasy, Action and Society, Princeton, N.Y. 1958
Axline, V.	Play Therapy and Race Conflict in Children, Journ. Abnorm. Psychol. XLIII (1948)
Bärsch, W.	Zur Konzeption einer Sonderschule für Erziehungsschwierige, Zsch. f. Heilpäd. 10/1966, S.466-481
Bales, R.F.	Die Interaktionsanalyse. Ein Beobachtungsverfahren zur Untersuchung kleiner Gruppen, in: König, R.(Hg.) Beobachtung und Experiment in der Sozialforschung, Praktische Sozialforschung 2, Köln, Berlin 1968
Banger, K.-W., Eckert, B. Uder, E.	Modell eines Gesamt- Schulzentrums für behinderte und nichtbehinderte Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen körperbehinderter Kinder, Weinheim, Berlin, Basel 1971
Barker, R.G.	Adjustment to Physical Handicap and Illness: A Survey of the Social Psychology of Physique and Disability, New York 1953
Barrett-Lennard, G.T.	Dimensions of Therapist Response as Casual Factors in Therapeutic Change, Psychol. Monographs 1962, Whole No 562
Bausenwein, I. u.a.	Sport als Therapie bei Cerebralparesen, in: Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.38, (gleicher Titel) (Hg.) Stuttgart 1977
Bernett, H. (Hg.)	Terminologie der Leibeserziehung, Schorndorf 1968,
Bernett, H.	Stichwort "Leibesübungen" in: ders. , Terminologie der Leibeserziehung, Schorndorf 1968

Bernett, H. — Stichwort "Sport", in:Röthig, P. Sportwissenschaf liches Lexikon, Schorndorf 1976,(3) S. 279

Biesalski, P. — Medizinische Gesichtspunkte bei zerebral bewegung gestörten Kindern mit Hör- und Sprachstörungen, i Matthiaß, H.-H., Brüster, H.Th., Zimmermann v.H.(Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971

Birdwhistell, R.L. — Kinesics, in: Sills, D.L. (ed.) International Encyclopedia of the Social Sciences, New York 1968, Vol. 8

Bittner, G., Ertle, Ch., Schmid, V. — Schule und Unterricht bei verhaltensgestörten Kindern, in: Deutscher Bildungsrat (Hg.), Gutachten und Studien der Bildungskommission, Bd. 35 Stuttgart 1974, S. 13 - 102

Bläsig, W. — Die Rehabilitation der Körperbehinderten, München, Basel 1967

Bläsig, W. — Das zerebral-paretische Kind, Stuttgart 1968

Bläsig, W. Schomburg,E. — Das Dysmelie-Kind, Stuttgart 1966

Bläsig, W. Jansen, G.W., Schmidt, M. — Die Körperbehindertenschule, Berlin 1972

Bloss, H., Hartmann, B., Scheffel, H., Schulze, B. Woll, M. — Sport mit körperbehinderten Kindern und Jugen lichen, Bad Homburg 1978

Blume, O.,u.a. — Situation von Familien mit behinderten Kindern und Jugendlichen, Bd.I Köln 1972

Bobath, K.u.B. — Grundgedanken zur Behandlung der cerebralen Kinder lähmung, in: Beiträge zur Orthopädie und Traumatologie, Heft 3, 1964

Bobath, K. — Die normale motorische Entwicklung des Kindes während der ersten Lebensjahre und ihre Abweichungen bei infantilen Zerebralparesen, in: Matthiaß, H.-H Brüster, H.Th., Zimmermann v.H. (Hg.) Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971 S. 153 - 158

Bobath, K. — Frühbehandlung der zerebralen Kinderlähmung und ihre methodischen Grudlagen, in: Matthiaß, H.-H., Brüster, H.Th., Zimmermann, v.H., Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971 S. 173 - 178

Böhme, Gadow, Gülden- pfennig, Jensen, Pfister — Sport im Spätkapitalismus Frankfurt, M. 1972(

Bondy, C., Cohen, R., Eggert, D., Lüer, G. — Testbatterie für geistig behinderte Kinder (TBGB) Beltz - Testzentrale, Weinheim 1971(2)

Borgatta, E.F., Crowther, B. — A Workbook for the Study of Social Interaction Process, Chikago 1965

Borstner, M., Birch,R. — Perceptual and Perceptual-Motor Dissociatian in Cerebral-Palsied Children, J.nerv.ment. Dis. 1962/134

v. Bracken, H. (Hg.) Erziehung und Unterricht behinderter Kinder Frankfurt/M. 1968

v. Bracken, H. Erfahrungen mit dem Universitätsstudium von Körperbehinderten, insbesondere Cerebralparetikern,in: Matthiaß, H.-H., Brüster, H.Th., Zimmermann, v.H.(Hg Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971 S. 81 - 83

Brekey, A.S. Ocular Findings in Cerebral Palsy, A.M.A. Arch. Ophtal. 1955

Briefs, P.J. Der Körperbehinderte und die Öffentlichkeit, Jb. der Fürsorge für Körperbehinderte, 1957

Brusten, M., Hohmeier, J. (Hg.) Stigmatisierung- Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen, Neuwied und Darmstadt 1975

Bundesanstalt für Arbeit Arbeits und Berufsförderung behinderter Personen im Jahre 1972, Nürnberg 1974

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) Gesamtstatistik der Rehabilitation 1973,1974

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Aktionsprogramm Rehbilitation, Berufsförderungswerke Bonn 1973,1974

Bundesinstitut für Sportwissenschaft (Hg.) Motorik im Vorschulalter, Schorndorf 1975

Bundessozialhilfegesetz § 39, Abs., Nr. 1

Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte e.V. (Hg.) Aspekte des Sports mit Cerebralparetikern, Düsseldorf 1977

Clinard, M.B. Sociology of Deviant Behavior, New York 1964 (3)

Däumling, A.M. Psychologische Forschungsergebnisse zur Frage der Erziehung körperbehinderter Kinder, Köln 1965

Day, P., Volck, G. Sport mit körperbehinderten Kindern in der Schule, in: Deutscher Sportbund (Hg.), Sport für Behinderte, S. 62-78 Frankfurt/M. 1976

Deutscher Bildungsrat (Hg.) Bd. 25, Sonderpädagogik 1 Stuttgart 1973

Deutscher Bildungsrat (Hg.) Bd. 35 Sonderpädagogik 4 Stuttgart 1974

Deutscher Bildungsrat (Hg.) Studien der Bildungskommission: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher, Bonn 1973

Deutscher Sportbund (Hg.) Freizeitsport im Verein, Frankfurt/M. 1974

Deutscher Sportbund (Hg.) Sport für Behinderte, Frankfurt/M. 1976

Deutscher Sportbund (Hg.) Sport, Leistung, Gesellschaft, München 1975

Dieckert, J. (Hg.) Freizeitsport im Verein. Aufgabe und Chance für jedermann, Düsseldorf 1974

Diem, C. Wesen und Lehre des Sports, Berlin 1960

Diem, C. Stichwort "Sport", in: Bernett, H. (Hg.), Terminologie der Leibeserziehung, Schorndorf 1968

Dohrmann, E. Das körperbehinderte Kind, in: Zs. f. Heilpäd. 1975

Douvan, E. Social Status and Success Striving, in: Atkinson, J.W. (Ed.) Motives in Fantasy, Action a Society, Princeton, N.Y. 1958 S. 509 ff

Dührssen, A. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1960

Eckel, W. Die besonderen Probleme der durch Thalidomid zusätzlich hörgeschädigten Kinder, in: Hörgeschädigte Kinder, Sonderheft 5 Mehrfachbehinderte hörgeschädigte Kinder I, 1966 S. 14-18

Eckmanns, H. Weiterführende Bildungsmöglichkeiten für Körperbehinderte, insbesondere Zerebralparetiker, in: Mattiaß, H.-H., Brüster, H.Th., Zimmermann, v.H. (Hg.) Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971, S. 74-76

Eggert, D., Kiphard, E,J. Die Bedeutung der Motorik für die Entwicklung normaler und behinderter Kinder, Schorndorf 1976(

Eisenstadt, S.N. Von Generation zu Generation. Altersgruppen und Sozialstruktur, München 1966

Esser, F.O. Soziale Einstellungen von Schulkindern zu körperbehinderten Mitschülern, Neuburgweier 1975

Feifel, H. Eells, J. Patients and Therapists Assess the Same Psychotherapy, Journ. consult.Psychol. 1963, 27/310-318

Flechsig, K.H. u.a. Die Steuerung und Steigerung der Lernleistung durch die Schule, in: Roth, H. (Hg.) Begabung und Lernen Stuttgart 1969

Forsthoff, E. Verfassungsprobleme des Sozialstaats, Münster 197

Friedrichs, J. Methoden empirischer Sozialforschung, Reinbeck 19

Fröhlich, W.D., Becker, J. Forschungsstatistik, Bonn 1971 (5)

Funk, M.	Interaktionsschwierigkeiten zwischen Körperbehinderten und Nichtbehinderten beim ersten Kontakt unveröffentl. Diplomarbeit, Tübingen 1975
Funk- Kolleg	Pädagogische Psychologie, Frankfurt,M. 1974
Gabler, H.	Bewegung, Spiel und Sport für körperbehinderte Kinder, in: Sportunterricht 2/1977
Gage, N.L.	Handbook of Research on Teaching, Chikago 1963
Gerth, H., Mills, C.W.	Person und Gesellschaft. Die Psychologie sozialer Institutionen Frankfurt, Bonn 1970
Gesetz zur Sicherung der	Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf, Gesellschaft (SchwbG), in: Bundesgesetzblatt, Teil I/Nr.46, 30. April 1974, S. 1005
Gill, I.K.	Möglichkeiten des Sports bei der Rehabilitation Körperbehinderter, Neuburgweier/Rheinstetten 1975
Goffman, E.	Stigma Frankfurt,M. 1975
Grupe, O.,u.a.	Einführung in die Theorie der Leibeserziehung, Schorndorf 1968
Grupe, O.	Sport, Schulsport,in: Wörterbuch der Pädagogik, Bd. 3 , Freiburg 1977, S. 200
Güldenpfennig, S. u.a. (Hg.)	Sensumotorisches Lernen und Sport als Reproduktion Köln 1974
Haack, G.	Thesen zur Problematik der Lohnzahlungen in Werkstätten für Behinderte, zit. nach Klee, E. Behinderten- Report, Frankfurt, M. 1974, S. 131
Haag, H.	Stichwort "Leistungssport", in: Röthig, P. (Red.) Sportwissenschaftliches Lexikon, Schorndorf 1976(3) S. 191
Habermas, J.	Stichworte zu einer Theorie der Sozialisation 1968, in: ders.: Kultur und Kritik, Frankfurt, M. 1973
Habermas, J.	Kultur und Kritik Frankfurt, M. 1973
Hagmeier, E.	Die Rehabilitation Körperbehinderter als psychologisches Problem, Diss. Erlangen 1955
Hall, E.T.	A System for the Notation of Proxemic Behavior in: American Anthropologist 65, S. 1003-1026
Hammerich, K. Heinemann, K. (Hg.)	Texte zur Soziologie des Sports , Schorndorf 1975
Hanke, P.	Krankengymnastische Behandlung und allgemeines körperliches Training bei älteren Spastikern, in: Matthiaß, H.-H., Brüster, H.Th., Zimmermann,v.H. (Hg.) Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971 S. 136-140

Hassenstein, B. — Verhaltensbiologie des Kindes, München 1973

Hassenstein, B. — Bedingungen für die Sozialisation des Kindes in der Sicht der Verhaltensbiologie, in: Neidhardt, F. (Hg.), Frühkindliche Sozialisation, S. 76-113 Stuttgart 1979(2)

Hassenstein, B.u.H. — Was Kindern zusteht, München 1978

Hartfiel, G. — Wörterbuch der Soziologie, Stuttgart 1972

Haupt, U. — Sprachheilbehandlung cerebral gelähmter Kinder, in: Schriften zur Sonderpädagogik, Ser.B.fasc.2 Dortmund 1966

Haupt, U. — Dysmelie Kinder in Grundschulen in NRW. Institutsbericht der Forschungsgemeinschaft "das körperbehinderte Kind" e.V., Köln 1971

Haupt, U. — Dysmelie- Kinder am Ende der Grundschulzeit, eine psychologische Bestandsaufnahme. unveröfftl. Diss. Köln 1973

Heese, G., Reinartz, A. (Hg.) — Aktuelle Beiträge zur Körperbehindertenpädagogik Berlin 1974

Heckhausen, H. — Anlage und Umwelt als Ursache von Intelligenzunterschieden, in: Funk-Kolleg Pädagogische Psychologie, Frankfurt, M. 1974, S. 275-312

Heinemann, K. — Sozialisation und Sport, in: Sportwissenschaft 1974/1, S. 49ff

Heinemann, K. — Leistung, Leistungsprinzip, Leistungsgesellschaft, in: Sportwissenschaft 1975/2, S. 119-146

Heinemann, K. — Zur Einführung: Gegenstand und Funktionen einer Soziologie des Sports, in: Hammerich,K., Heinemann, K. (Hg.) Texte zur Soziologie des Sports, Schorndorf 1975, S. 9-20

Hetzer, H. — Handbuch der Psychologie, Göttingen 1968

Hellbrügge, Th. — Zur Problematik des Sonderkindergartens unter Berücksichtigung erster Erfahrungen in einem Montessori- Kindergarten für gesunde und behinderte Kinder, in: Matthiaß, H.-H., Brüster, H.Th., Zimmermann, v.H., Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971

Hohmeier, J. — Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozeß, i Brusten, M., Hohmeier, J., Stigmatisierung - Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen, Neuwied und Darmstadt 1975 S. 5-24

Hollingshead, A.B. — Elmtown 's Youth New York 1963

Hollmann, W. — Medizinische Grundlagen der Leibesübungen, in: Grupe, O., u.a. Einführung in die Theorie der Leibeserziehung, Schorndorf 1968

Innenmoser, J. — Organisatorische Voraussetzungen zur Verbesserung der sozialen Integration des behinderten Kindes durch Sport, in: Die Rehabilitation 14.Jg. (1975) Heft 4

Innenmoser, J.	in: Bundesverband für spastisch gelähmte und andere Körperbehinderte e.V.: Aspeskte des Sports mit CP Düsseldorf 1977
Jansen, G.W.	Das körperbehinderte Kind in der Normalschule, Institutsbericht der Forschungsgemeinschaft, "Das körperbehinderte Kind" e.V., Köln 1966
Jansen, G.W.	Die Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten, Karlsruhe 1972
Jansen, G.W.	Die Erziehungssituation des körperbehinderten Kindes im Spiegel psychologischer Untersuchungsergebnisse, in: Die Rehabilitation 12/1973, S. 200-209
Jansen, G.W., Hahn, M.	Soziale Beziehungen körperbehinderter Kinder im Klassenverband nichtbehinderter Kinder- Eine soziometrische Untersuchung, Institutsbericht der Forschungsgemeinschaft "Das körperbehinderte Kind" e.V. Köln 1967
Jansen, G.W., Schmidt,M.	Untersuchungen zur Frage der Intelligenzleistungen körperbehinderter Volksschüler im Vergleich zu nicht behinderten, in: Intelligenz- und Verhaltensforschung bei körperbehinderten Kindern, (BM für Jugend, Familie und Gesundheit, Bad Godesberg 1967)
Jetter, K.-H.	Zur Problematik der Perzeptionsstörungen beim körperbehinderten Kind, in: Hesse,G., Reinartz,A. (Hg.) Aktuelle Beiträge zur Körperbehindertenpädagogik, Berlin 1974, S. 21-31
Jetter, K.-H.	Kindliches Handeln und kognitive Entwicklung, in: Bundesinstitut für Sportwissenschaft (Hg.) Motorik im Vorschulalter, Schorndorf 1975 S. 56-59
Jörgensen, S.	Gesamtschulen mit Behinderten.- Modellfall Dänemark, in: Bd.1 der Reihe: Sonderpädagogik- aktuell-progressiv (Hg.: Kluge, K.J.) 1972
Jordan, S.	The Disadvantaged Group: A Concept, Applicable to the Handicapped J. Psych. 1963, 55
Kabat, S., Ayres, A.J.	Proprioceptive Erleichterungsmethoden,in: Die Krankengymnastik 10/11/12/, München 1959
Kahl, J.A.	The American Class Structure New York 1957
Kaiser, K.	Schichtenspezifische Zusammenhänge in Schulklassen, unveröfftl. Hausarbeit f.d. 1. Staatsprüfung f.d. LA an VS. Münster 1969
Katz, J.	Experimentation with Human Beings New York 1972
Kiehne, F.	Sprachstörungen bei cerebraler Kinderlähmung und ihre Behandlung, in: Aus der Entwicklung und Arbeit des Hamburger Sprachheilwesens, Hamburg 1962

Kind, M. — Erste europäische Sportspiele für spastisch Gelä te, in: Die Rehabilitation 12/73, S. 43-46

Kiphard, E.J., Huppertz, G. — Erziehung durch Bewegung — Bonn, Bad Godesber 1968

Kiphard, E.J. — Bewegungs- und Koordinationsschwächen im Grundschulalter — Schorndorf 1970

Kiphard, E.J. — Wechselbezug zwischen psychomotorischer und psyc sensorischer Entwicklung im frühen Kindesalter, Bundesinstitut für Sportwissenschaft (Hg.) Motorik im Vorschulalter, Schorndorf 1975, S.59-

Kluge, K.J. — Verhaltensauffällige Schüler und phasenspezifisc Führungsprogramme — Jugendwohl 1970

Klee, E. — Behinderten-Report — Frankfurt/M. 197

Klein, M. — Das Seelenleben des Kleinkindes, — Stuttgart 196

König, R. (Hg.) — Beobachtung und Experiment in der Sozialforschung in: Praktische Sozialforschung 2 — Köln/Berlin 19

König, E. — Behandlung und Erziehung von Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen, ein Wegweiser für Eltern — Bern, o.Jg.

Köppl, F. — Differenzierte Förderung- Vorbereitung auf Integration, in: Schulreport 1975/3, S.2,3

Kosel, H. — Sport für sinnes-und körperbehinderte Menschen, in: Deutscher Sportbund (Hg.) Sport für Behinder te, Frankfurt,M. 1976, S. 51-61

Krappmann, L. — Soziologische Dimensionen der Identität, — Stuttgar 1969

Kress, G., Senghaas,D. — Politikwissenschaft — Frankfurt,M. 1972

Krüger, M. — Untersuchungen zur Frage des Intelligenz- und Ent wicklungsstandes bei gliedmaßengeschädigten Kinde im Vorschulalter, in: Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.) Intelligenz- und Verhaltensforschung bei körperbehinderten Kindern, Bad Godesberg 1967

Krüger, P. — Erfahrungen über die gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Verhältnisse der Körperbehinderte die unter das Bundessozialhilfegesetz fallen, — München 1965

Kunert, S. — Überlegungen zur Erziehungs- und Bildungsarbeit a körperbehinderten Kindern im Kindergartenalter, i Heese, G., Reinartz, A. (Hg.) Aktuelle Beiträge zur Körperbehindertenpädagogik, Berlin 1974, S. 32-42

Kunert, S. — Verhaltensstörungen und psychagogische Maßnahmen bei körperbehinderten Kindern, Neuburgweier 1976(

Landis, C., Bolles, M.M. — Personality and Sexuality in the Physically Handicapped Women New York 1942

Leibholz, G. — Strukturprobleme der modernen Demokratie, Karlsruhe 1967 (3)

Lempart, T. — Die XX. Olympischen Spiele in München 1972 Berlin 1973

Lempp, R. — zit. in Kluge, K.J.: Aktuelle pädagogische Führungs-und Trainingsprogramme zur Prophylaxe einer dissozialen Entwicklung verhaltensauffälliger Behinderter, in: Zsch. f. Heilpäd 22 (1971)

Lindemann, K. (Hg.) — Die infantilen Cerebralparesen, Stuttgart 1963

Lindemann, H.
Teirich-Leube, W.
Heipertz, W. — Lehrbuch der Krankengymnastik Stuttgart 1968(3)

Lindzey, G.,Aronson,E. (Eds.) — Handbook of Social Psychology, Vol. 2 London 1968

Lorenzen, H. — Lehrbuch des Versehrtensports, Stuttgart 1961

Lüschen, G. — Sport und Kultur, in: Meyersohn,R, Scheuch,E.K.(Hg. Soziologie der Freizeit, Köln 1972, S. 290-303

Lüschen, G. — Stichwort "Sport", in: Röthig, P. (Red.) Sportwissenschaftliches Lexikon, Schorndorf 1976(3) S. 279

Lundt, P.V. — Zur Lebenssituation von Körperbehinderten Berlin, Göttingen, Heidelberg 1962

Matthiaß, H.-H.
Brüster, H.Th.
Zimmermann, v.H. — Spastisch gelähmte Kinder Stuttgart 1971

Medley, D.M.
Mitzel, H.E. — Measuring Classroom Behavior by Systematic Observation, in: Gage, N.L. Handbook of Resaerch on Teaching Chikago 1963

Meyersohn, R.
Scheuch, E.K. — Soziologie der Freizeit Köln 1972

Müller, R.G.E. — Verhaltensstörungen bei Schulkindern München, Basel 1970

Münzing, I. — Soziale Verhaltensweisen von körperbehinderten Kindern und unbehinderten Kindern, in: Thimm,W. (Hg Soziologie der Behinderten Karlsruhe 1972

Muthmann, D. — Stellungnahme zu dem Beitrag: Die Erziehungssituation des körperbehinderten Kindes im Spiegel psychologischer Untersuchungsergebnisse, von G.W. Jansen, Köln, aus der Sicht des in der Rehabilitation Körperbehinderter tätigen Orthopäden, in: Die Rehabilitation 12/1973, S. 209-211

Neidhardt, F. — Bemerkungen zu "Sozialisation im Sport", in: Ausschuß deutscher Leibeserzieher (Hg.) Kongreßbericht: Sozialisation im Sport, Schorndorf 1974

Neidhardt, F. — Systemtheoretische Analysen zur Sozialisationsfähigkeit der Familie, in: Neidhardt, F. (Hg.) Frühkindliche Sozialisation, Stuttgart, 1979(2) S. 162-187

Neidhardt, F. (Hg.) — Frühkindliche Sozialisation Stuttgart 1979(2)

Neugarten, B.L. — Social Class and Friendship among School Children, in: Am. Journ. of Soc. 1946, S. 305 ff

Nielsen, H.H. — Visual-Motor-Functioning of Cerebral-Palsied and Normal Children Nord. Psykol. 1962/14

Nielsen, H.H. — A Psychological Study of Cerebral Palsy, Copenhagen 1966, dtsch: Psychologische Untersuchungen bei cerebralparetischen Kindern, Berlin 1970

Neumann, C. — Die leibseelische Entwicklung des Kindes im Jugendalter München 1964

Offe, C. — Politische Herrschaft und Klassenstrukturen. Zur Analyse spätkapitalistischer Gesellschaftssysteme, in: Kress, G., Senghaas, D. (Hg.) Politikwissenschaft Frankfurt,M., 1972 S. 135-164

Pfetsch, F.R. u.a. — Leistungssport und Gesellschaftssystem Schorndorf 1975

Piaget, J. — Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde Stuttgart 1969

Pohl, M. — Zum Problem der schulischen Integration von Körperbehinderten, Rheinstetten 1977

Prast, H. — Erfahrungsbericht der Rehabilitationseinrichtung des Wichernhauses Altdorf über die weiterführende Ausbildung Körperbehinderter, in: Matthiaß, H.-H., Brüster, H.Th., Zimmermann,v.H. Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart, 1971 S.77-80

Prokop, U. — Soziologie der Olympischen Spiele München 1972

Ramme, S. — Untersuchungen zu Schulleistungen, Intelligenz und sozioökonomischem Status thalidomidgeschädigter Kinder in Normalschulklassen Psych. Praxis, 46,9,1972

Reichsbund der Kriegs- und Zivilgeschädigten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e.V. / LV Hamburg (Hg.) — Bauen für Körperbehinderte - eine gesellschaftspolitische Aufgabe. Dokumentation über die Hamburger Rehabilitationskonferenz 1968

Richardsn, S.A. Goodman, N. Hastorf, A.H. Dornbusch, S.M.	Cultural Uniformity in Reaction to Physical Disabilities , in: Am.Soc. Rev. 1961
Rieder, H.	Sport als Therapie, Berlin 1971
Riesser, H.	Weiterführende Bildungsmöglichkeiten für Körperbehinderte, in: Matthiaß, H.-H., Brüster, H.Th., Zimmermann, v.H., Spastisch gelähmte Kinder Stuttgart, 1971, S. 66-70
Rigauer, B.	Sport und Arbeit Frankfurt,M. 1972
Röthig, P. (Red.)	Sportwissenschaftliches Lexikon Schorndorf 1976(3)
Rogers, C.R.	Client-Centered Therapy Cambridge 1951
Rogers, C.R., Dymond, R.F.	Psychotherapy and Personality Change, Chikago 1954
Rogers, C.R., u.a.	The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics, London 1967
Rombach, H.(Hg.)	Wörterbuch der Pädagogik, Freiburg 1977
Rosen, B.C.	Race, Ethnity and the Achievement Syndrome, in: Am. Soc. Rev. 1959, H1, S. 47-60
Rosen, B.C., Andrade, R.G.	The Psychological Origins of Achievement Motivation in: Sociometry 1959, S. 185-218
Roth, H. (Hg.)	Begabung und Lernen, Stuttgart 1969
Sachs, L.	Angewandte Statistik, Bonn, Heidelberg, New York 1974(4)
Sander, A.	Die statistische Erfassung von Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutscher Bildungsrat(Hg.) Bd. 25 Sonderpädagogik 1 Stuttgart 1973
Schilling, F.	Motorische Entwicklung als Adaptionsprozeß,in: Bundesinstitut für Sportwissenschaft (Hg.) Motorik im Vorschulalter, Schorndorf 1975, S.23-26
Schmeichel, M.	Die Bestimmung der Sonderschulbedürftigkeit und ihre schulorganisatorischen Konsequenzen, in: Heese, G, Reinartz, A,, Aktuelle Beiträge zur Körperbehindertenpädagogik, Berlin 1974, S.43-54
Schmidt, M.	Konformes und nichtkonformes Verhalten zerebralparetischer Kinder, in: Matthiaß, H.-H., Brüster,H.Th Zimmermann, v.H.(Hg.) Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971
Schmidt,,M	Klinisch-psychologische Grundlagen der Didaktik und Methodik bei Körperbehinderten mit und ohne frühkindliche Hirnschäden, in: Bläsig, W., Jansen, G.W., Schmidt, M., Die Körperbehindertenschule, Berlin 1972, S. 13-42

Schmidt, M. — Kinder, mit zerebralen Bewegungsstörungen in ihrem intelligenten Verhalten, Berlin 1972

Schönberger, F. — Die sogenannten Contergankinder München 1971

Schönberger, F. — Mehrfach-Behinderungen bei Körperbehinderungen - Ansätze zu einer psychologischen Theorie, in: Solarová, S. (Hg.) Mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche, Berlin 1972, S. 130-144

Schönberger, F. — Körperbehinderungen - Ein Gutachten zur schulischen Situation körperbehinderter Kinder und Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutscher Bildungsrat (Hg.), Bd.35 Sonderpädagogik Stuttgart 1974a, S.199-279

Schönberger, F. — Teamprobleme bei der Förderung zerebral bewegungsgestörter Kinder und Jugendlicher, in: Heese, G., Reinartz, A.(Hg.) Aktuelle Beiträge zur Körperbehindertenpädagogik, Berlin 1974b, S.7-20

v.d. Schoot, P. — Aktivierungstheoretische Perspektiven als wissenschaftliche Grundlegung für den Sport mit geistig retardierten Kindern, Schorndorf 1976

Schuchhardt, E. — Behindertenintegration, in: Wörterbuch der Pädagogik, B1 Freiburg 1977, S. 83-85

Seywald, A. — Physische Abweichung und soziale Stigmatisierung Rheinstetten 1976

Sills, D.L.(ed.) — International Encyclopedia of Social Sciences Vol. 8 New York 1968

Sjoberg, G., Nett, R. — A Methodology for Social Research New York 1968

Schneider, L., Lysgaard,S. — The deferred Gratification Pattern, a Preminila Study, in: Am.Soc.Rev. 1953 Bd 18 H2, S.142-149

Schoeck, H. — Soziologisches Wörterbuch Freiburg 1969

Solarová, S. (Hg.) — Mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche, Berlin 1972

Sperling, E. — Die psychosoziale Lage von Hirnverletzten. Vergleichende sozialpsychiatrische Untersuchung bei Hirn- und sonstigen Körperverletzten, Stuttgart 1967

Ständige Konferenz d. Kultusminister (Hg.) — Empfehlungen zur Ordnung des Sonderschulwesens, Sonderdruck, Bonn 1972

Statistisches Bundesamt — Statistisches Jahrbuch 1979 , Wiesbaden 1979

Steinhausen, H.-Chr. Wefers, D. — Körperbehinderte Kinder und Jugendliche Weinheim, Basel 1977

Stevenson, C.L. Nixon, J.E. — A Conceptual Schema of Social Functions of Sport, in: Sportwissenschaft 2 (1972), S. 119 ff

Steinbach, W. — Motivation im Leistungssport, in: ADL (Hg.) Motivation im Sport, Schorndorf 1971, S. 69-84

Strasser, H., Sievert, G. Munk, K. Das körperbehinderte Kind Berlin 1968

Tausch,R., Tausch A.-M. Kinderpsychotherapie in nicht direktiven Verfahren Göttingen 1956

Tausch, R., Tausch, A-M. Erziehungspsychologie Göttingen 1973(3)

Tausch, R. Gesprächspsychotherapie Göttingen 1970

Thalmann, H.Chr. Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter Stuttgart 1974(2)

Thiersch, H. zit. nach Flechsig, in Roth, H. (Hg.) Begabung und Lernen Stuttgart 1969

Thimm, W. (Hg.) Soziologie der Behinderten Karlsruhe 1972

Tönnis, W., Krenkel, W. Neurologie und Neurochirurgie, in: Lindemann, K.(Hg. Die infantilen Cerebralparesen Stuttgart 1963

Truax, C.B. Carkhuff, R.R. Toward effective Counseling and Psychotherapy, Training and Practice Chicago 1967

Vinnai, G. Fußballsport als Ideologie Frankfurt, M. 1970

Vinnai, G. Sport in der Klassengesellschaft, Frankfurt, M. 1972

Vojta, V. Reflexbewegungen als Bahnungssystem in der Rehabilitation des zerebralparetischen Kindes, in: Matthiaß, H.-H., Brüster, H.Th., Zimmermann, v.H. (Hg.) Spastisch gelähmte Kinder, Stuttgart 1971, S. 179 ff

Volkamer, M. Leibesübungen als psychotherapeutisches Mittel bei verhaltensgestörten Kindern, in: Eggert, D., Kiphard, E.J., (Hg.) Die Bedeutung der Motorik für die Entwicklung normaler und behinderter Kinder, Schorndorf 1976(3)

Wagenführ, R. Psychomotorische Übungsbehandlung in einer Klasse von verhaltensgestörten Kindern, in: Der Schulpsychologe 4, 1965, S. 15-16

Wedell, K. Variations in Perceptual Ability among Types of Cerebral Palsy, in: Cer. Palsy Bulletin, 1960/2

Wegener, H. Die psychologische Problematik des körperbehinderten Kindes, in: Hetzer, H. (Hg.), Handbuch der Psychologie, Bd. 10 Göttingen 1968

Weick, K.E. Systematic Observational Methods, in: Lindzey, G., Arondson, E. (Eds.) The Handbook of social Psychology, Vol. III, London 1968, S. 357-451

Wellendorf, F. Schulische Sozialisation und Identität, Weinheim, Basel 1973

Wellhöfer, P.R. Der behinderte Mensch. Psychologische Erklärungsmodelle als Grundlage rehabilitativer Maßnahmen, in: Die Rehabilitation, 1974, 3, S. 163-171

Wiegersma, P.H. Psychomotorik, Körperschema und Körpererleben, in Eggert, D, Kiphard, E.J. (Hg.), Die Bedeutung der Motorik für die Entwicklung normaler und behinderter Kinder, Schorndorf 1976(3) S. 98-120

Winterbottom, M.R. The Relation of Need for Achievement to Learning, Experiences in Interpendence and Mastery, in: Atkinson, J.W. (Ed.) Motives in Fantasy, Action and Society, Princeton, N.Y. 1958

Wolf, N. Motivation im Breitensport, in: Ausschuß deutscher Leibeserzieher (Hg.) Kongreßbericht Motivation im Sport, Schorndorf 1971, S. 53-68

Würtz, H. Das Leben des Krüppels, Leipzig 1921

Zimmermann, E. Das Experiment in den Sozialwissenschaften, Stuttgart 1972

L e b e n s l a u f

nach §6, Ziffer 7 der Promotionsordnung

des Klaus W a t z i n g e r, wohnhaft in
Erlangen

geb.: 11.1.1950 in Nürnberg als drittes von 5 Kindern der Eheleute Dipl. Ing. Helmut W a t z i n g e r und der Buchhändlerin Johanna W a t z i n g e r , geb. Büttner.

Schulbesuch: Sept. 1956 - Juli 1960 : Volksschule in Erlangen
Sept. 1960 - Juli 1969: Gymnasium Fridericianum Erlangen (Abitur 1969)

Hochschule: WS 1969 - WS 1974 Studium an der Universität Erlangen/Nürnberg mit den Fächern Sozialkunde und Sport für das LA an Gymnasien

1.Staatsexamen bestanden (13.12.1974)

In den Jahren 1975- Herbst 1978: Forschungsarbeit für die Dissertation, daneben nebenberuflicher Unterricht in Erlangen und Nürnberg.

Sept. 1978 - Sept. 1980: Pädagogisches Seminar in Nürnberg

2. Staatsexamen bestanden (3.7.1980)

seit Sept. 1980: Studienrat an einem Gymnasium in Schwabach